

SEGNALAZIONE DI ASSENZA

(da presentare entro il 4° giorno dall'inizio della sostituzione, obbligatoria per assenze superiori a 3 giorni continuativi)

DI MEDICO DI MEDICINA GENERALE
 SPECIALISTA PEDIATRA DI FAMIGLIA

All'Azienda Sanitaria USL _____

Struttura/Ufficio _____

Indirizzo _____

CAP _____ Comune _____

Io sottoscritto/a dott./dott.ssa _____,

Codice Regionale (C.R.) _____, iscritto/a nell'ambito territoriale di _____,

comunico

che mi assenterò dalla mia attività di Medico/a convenzionato/a dal _____ al _____ per:

- malattia
- infortunio
- motivi di studio (diversi dai corsi di formazione obbligatori)
- partecipazione a iniziative umanitarie
- recupero psicofisico
- distacco sindacale (totale ore _____)
- altro (_____)

e che verrò sostituito/a dal/dalla dott./dott.ssa _____,

C.R. _____, al/alla quale ho comunicato le modalità organizzative della mia attività.

Luogo e data: _____.

Timbro e Firma del Titolare

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____, non essendo titolare di incarico, dichiara di NON trovarsi in una situazione di incompatibilità prevista dal vigente Accordo Collettivo Nazionale e che durante la sostituzione verranno rispettate modalità organizzative, disponibilità strutturale, standard assistenziali e orari di apertura dello studio del/della medico/a sostituito/a, assumendosi le responsabilità professionali inerenti alle attività previste dall'Accordo Collettivo Nazionale e dagli Accordi Integrativi Regionale e Aziendale.

Luogo e data: _____.

Timbro e Firma del Sostituto

COMUNICAZIONE DI AVVENUTA SOSTITUZIONE

(da presentare subito dopo la ripresa dell'attività)

DI MEDICO DI MEDICINA GENERALE
 SPECIALISTA PEDIATRA DI FAMIGLIA

All'Azienda Sanitaria USL _____

Struttura/Ufficio _____

Indirizzo _____

CAP _____ Comune _____

Titolare sostituito:

Cognome e nome	Codice Regionale

Medico sostituto:

Cognome e nome	Codice Regionale

Periodo della sostituzione:

Dal	G	M	A	Al	G	M	A

Tipo di sostituzione:

d'ufficio

volontaria

Motivo dell'assenza:

- malattia
- infortunio
- motivi di studio (diversi dai corsi di formazione obbligatori)
- partecipazione a iniziative umanitarie
- recupero psicofisico
- distacco sindacale (totale ore _____)
- altro (_____)

Luogo e data: _____.

Timbro e Firma del Titolare

Timbro e Firma del Sostituto

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(da firmare a cura del medico sostituto, ai sensi della L. n. 445/2000)

Io sottoscritto/a _____,
C.F. _____, Codice ENPAM _____,
nato/a a _____ il _____,

**dovendo assumere un incarico di sostituzione del/della dott./dott.ssa _____
_____, medico/a convenzionato/a con l'Azienda Sanitaria USL
_____ per l'Assistenza Primaria, consapevole che le dichiarazioni
mendaci sono punite ai sensi del vigente Codice Penale e delle leggi speciali in materia, sotto la
mia personale responsabilità dichiaro quanto segue:**

- di essere iscritto/a all'Ordine Provinciale dei Medici di _____;
- di essere in possesso della cittadinanza _____;
- di essere domiciliato/a in _____
nel Comune di _____, tel. _____;
- di **essere/non essere** (cerchiare l'opzione desiderata) inserito/a nella vigente Graduatoria Regionale e di **essere/non essere** (cerchiare l'opzione desiderata) in possesso dei requisiti previsti per tale inserimento;
- di **avere/non avere** (cerchiare l'opzione desiderata) attualmente in corso un rapporto di lavoro dipendente con scadenza _____ presso _____;
- di **avere/non avere** (cerchiare l'opzione desiderata) un rapporto di lavoro quale medico convenzionato per:
 - attività di _____ con l'Azienda Sanitaria USL _____ con un impegno settimanale di ore _____
 - attività di _____ con l'Azienda Sanitaria USL _____ con un impegno settimanale di ore _____
 - attività di _____ con l'Azienda Sanitaria USL _____ con un impegno settimanale di ore _____
 - attività di _____ con l'Azienda Sanitaria USL _____ con un impegno settimanale di ore _____
- di **svolgere/non svolgere** (cerchiare l'opzione desiderata) attività libero professionale quale _____;
- di non trovarmi in posizione di incompatibilità con l'attività di Assistenza Primaria.

Dichiaro inoltre:

- di essere consapevole, e accettare, che assumendo l'incarico di sostituzione di un medico convenzionato per l'Assistenza Primaria assumo direttamente e formalmente le responsabilità professionali inerenti tutte le attività previste dai vigenti accordi (Accordo Collettivo Nazionale, Accordi Integrativi Regionali, Accordi Integrativi Aziendali) per la disciplina dei rapporti con i medici convenzionati;
- di impegnarmi a un legittimo utilizzo dei dati sensibili degli assistiti nel rispetto della vigente normativa sulla privacy;
- di garantire l'attività assistenziale nei confronti degli iscritti nell'elenco del medico sostituito secondo modalità organizzative, disponibilità strutturale, standard assistenziale e orario di apertura dello studio del medico sostituito;
- di impegnarmi a utilizzare il programma di gestione della cartella clinica informatizzata utilizzata dal medico sostituito;
- di richiedere che i compensi eventualmente dovuti da parte dell'Azienda Sanitaria mi vengano corrisposti mediante:

a) bonifico su Istituto di credito IBAN n.
b)

Luogo e data: _____.

Firma del dichiarante
