

All'AZIENDA SANITARIA USL

Struttura

Via/P.zza _____

Cap_____ Comune _____

SEGNALAZIONE DI ASSENZA

(da presentare entro il quarto giorno dall'inizio della sostituzione per assenze oltre i tre giorni)

DI

- MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA
- MEDICO PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

Io sottoscritt dott. codice regionale

Iscritto nell'ambito territoriale di

comunico

che mi assenterò dalla mia attività di medico convenzionato dal _____ al _____
per:

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

e che verrò sostituito dal dott.

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | cod. reg. | | | | | | |

Provincia Ordine d'iscrizione | | recapito telefonico

al quale ho comunicato le modalità organizzative della mia attività.

data

timbro e firma del titolare

Il sottoscritto Dott. dichiara di non trovarsi in una situazione di incompatibilità prevista dal vigente Accordo Collettivo Nazionale e che durante la sostituzione verranno rispettate le modalità organizzative, disponibilità strutturale, standard assistenziali e orario di apertura dello studio del medico sostituito, assumendosi le responsabilità professionali inerenti le attività previste dall'Accordo Collettivo Nazionale e dall'Accordo Integrativo Regionale

data

timbro e firma del Sostituto

All'AZIENDA SANITARIA USL _____

Struttura _____

Via/P.zza _____

Cap _____ **Comune** _____

COMUNICAZIONE DI AVVENUTA SOSTITUZIONE

(da presentare subito dopo la ripresa dell'attività)

DI

- **MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA**
- **SPECIALISTA PEDIATRA DI LIBERA SCELTA**

Titolare sostituito:

Cognome e nome	Codice regionale

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 ad iniziative umanitarie
- recupero psicofisico
- distacco sindacale (totale ore.....)
- altro

data

Timbro e Firma del Titolare

Timbro e Firma del Sostituto