

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