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*

cod. az. 01403MOD28_rev1_29/06/2010