

COMUNICAZIONE DI ASSENZA E SOSTITUZIONE

MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

Io sottoscritt_ , dott./dott.ssa _____, codice regionale _____, iscritt_ nell'ambito territoriale di _____,

COMUNICO

che mi assenterò dall'attività di medico convenzionato, dal _____ al _____, per:

- ristoro psicofisico (periodo non superiore a 30 gg. lavorativi nell'arco di un anno)
 malattia
 infortunio
 altro (se previsto dal contratto): _____

e che sarò sostituit_ , secondo norma, dal_ dott./dott.ssa* _____ .

Data _____

timbro e firma del titolare

(da redigere a cura del sostituto)

Io sottoscritt_ , dott./dott.ssa _____, nat_ a _____, il _____, residente a _____, n. tel. _____, dichiaro di non trovarmi in alcuna delle situazioni di incompatibilità di cui al vigente accordo collettivo nazionale e che, durante la sostituzione, garantirò la continuità dell'attività assistenziale del medico sostituito, secondo le medesime modalità organizzative, facendomi carico degli obblighi professionali previsti dall'accordo collettivo nazionale, dall'accordo integrativo regionale e da quello aziendale.

Data _____

timbro e firma del sostituto

* L'indicazione del nominativo è obbligatoria per sostituzioni superiori a 3 gg.