

Il / La sottoscritto / a _____, nato il ___ / ___ / _____,
a _____, CRM _____,

titolare di:

- Medicina Generale per l'Assistenza Primaria
 Pediatra di Libera Scelta

comunica

ai sensi dell'art. 37 (MMG) e 36 (PLS) del vigente ACN che non presterà la propria opera:

dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____ e dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____,

per (art. 18 del vigente ACN):

- ristoro psico-fisico - comma 5 (MMG) e comma 6 (PLS);
- malattia - comma 2, lettera a (MMG) e comma 2, lettera b (PLS);
- altri motivi (specificare) _____.

Il sottoscritto dichiara inoltre che durante il periodo di sospensione dell'attività l'orario di apertura dello studio medico:

- rimarrà invariato;
 sarà articolato come di seguito rappresentato:

Lunedì _____
Martedì _____
Mercoledì _____
Giovedì _____
Venerdì _____

Per il periodo di assenza surrichiamato il sottoscritto dichiara di aver individuato il / la professionista di seguito indicato / a che garantisce un adeguato livello di qualità professionale:

dott. / dott.ssa _____, nato / a il ___ / ___ / _____,
a _____, codice fiscale _____, CRM _____,
iscritto all'albo di _____ recapito telefonico _____
(cellulare) _____, indirizzo PEC (obbligatorio) _____.

Avendo acquisito dagli utenti iscritti nelle mie liste l'autorizzazione al consenso del trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, comunico al riguardo che non vi sono motivi ostativi all'accesso di tutti i dati sanitari presenti nello studio e nel sistema informativo da parte del medico sostituto

(CRM - timbro - firma del medico titolare)

(data)

Il medico sostituto dichiara:

- di assumere direttamente e formalmente all'atto dell'incarico di sostituzione da parte del medico sostituto, le responsabilità professionali inerenti tutte le attività previste dal vigente ACN;
- di garantire l'attività assistenziale secondo le modalità organizzative, disponibilità strutturale, standard assistenziale ed orario di apertura dello studio medico, del medico sostituto
- di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 17 del vigente ACN;
- che non sussistono elementi ostativi di nessun genere all'instaurazione del rapporto di sostituzione;
- [] di avere [] di non avere i requisiti per l'iscrizione nella graduatoria regionale di cui all'art. 15 ACN.

(CRM - timbro - firma del medico sostituto)

(data)

- La comunicazione di sostituzione deve essere fatta per sostituzioni superiori a 3 giorni e pervenire all'Azienda entro il quarto giorno dall'inizio dell'assenza.
- Non potranno essere liquidati compensi di cui all'art. 36, comma 13, per periodi di sostituzione superiori ai 30 giorni, ai medici sostituiti privi dei requisiti per essere inseriti nella Graduatoria Regionale.
- I rapporti economici tra medico sostituto e medico sostituto sono disciplinati dalle norme contenute nei vigenti AA.CC.NN.