	DISTRETTO 1 DI ALBA DISTRETTO 2 DI BRA	Codice procedimento: 1/DISTRETTI
		Termine per provvedere: 7 gg dalla richiesta
		Codice titolario: I.3.15.02 + fascicolo personale del medico

Ulteriori informazioni su: <http://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/attivita-e-procedimenti/tipologie-di-procedimento/>
 Tabelle procedimenti ad istanza di parte – procedimenti amministrativi ad istanza di parte – 01 Distretti

PARTE A

DICHIARAZIONE DI SOSTITUZIONE MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Parte riservata al medico titolare

Il/La sottoscritto/a Dr. _____, _____ in qualità di medico convenzionato per l'assistenza primaria con codesta ASL, dichiara con la presente che a far data dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ per totale gg. (____) verrà sostituito dal Dr. _____ per i seguenti motivi: **(da compilare tassativamente barrando la voce che interessa)**

- art. 18, comma 1, lett. _____) ACN del 23/03/05 (lettera da indicare da parte del medico titolare fra quelle previste dalla lettera a) alla lettera d);
- art. 18, comma 2, lett. _____) ACN del 23/03/05 (lettera da indicare da parte del medico titolare fra quelle previste dalla lettera a) alla lettera f);
- art. 18, comma 3, lett. _____) ACN del 23/03/05 (lettera da indicare da parte del medico titolare fra quelle previste dalla lettera a) alla lettera d);
- art. 18, comma 4, ACN del 23/03/05;
- art. 18, comma 5, ACN 23/03/05 (non superiore a 30 gg. lavorativi);
- art. 37, comma 16, ACN 23/03/05 (non superiore a 6 mesi/anno).

A tal fine, si impegna ad informare i propri assistiti sulla durata, sulle modalità di sostituzione e sul medico sostituto.

Data, ____ / ____ / ____


Firma (medico titolare)

Avvertenze:

Qualora la sospensione dell'attività convenzionale sia prevista per i motivi di cui al comma 2, lettere e) ed f) è necessaria apposita autorizzazione da parte dell'ASL competente da richiedersi entro 30 gg. dall'evento.

Qualora la sospensione dell'attività convenzionale sia prevista per i motivi di cui al comma 1, lett. c); comma 2, lett. b); comma 3 lett. a), b), c), d); comma 4 e comma 5 è necessario un preavviso minimo di 15 gg. dall'evento.

N.B. Il presente modulo deve essere compilato dal titolare (PARTE A) e dal sostituto (PARTE B) e deve essere trasmesso all'Ufficio protocollo dell'ASL CN2 in un unico invio

	DISTRETTO 1 DI ALBA DISTRETTO 2 DI BRA	Codice procedimento: 1/DISTRETTI
		Termine per provvedere: 7 gg dalla richiesta
		Codice titolario: I.3.15.02 + fascicolo personale del medico

Ulteriori informazioni su: <http://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/attivita-e-procedimenti/tipologie-di-procedimento/>
 Tabelle procedimenti ad istanza di parte – procedimenti amministrativi ad istanza di parte – 01 Distretti

PARTE B

DICHIARAZIONE DI SOSTITUZIONE MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Parte riservata al medico sostituto

Il/La sottoscritto/a Dr. _____ nato a _____
 prov. di () residente a _____ in Via/C.so _____ n. _____ in
 qualità di medico sostituto del Dr. _____ dichiara con la presente di non trovarsi
 in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 17 dell'ACN del 23/03/05 e di
 svolgere l'attività di sostituzione con i seguenti orari e sede di esercizio:

(da compilare solo in caso di variazione rispetto all'orario e alla sede del medico titolare)

Lunedì	dalle	alle	(mattino)	dalle	alle	(pomeriggio)
Martedì	dalle	alle	(mattino)	dalle	alle	(pomeriggio)
Mercoledì	dalle	alle	(mattino)	dalle	alle	(pomeriggio)
Giovedì	dalle	alle	(mattino)	dalle	alle	(pomeriggio)
Venerdì	dalle	alle	(mattino)	dalle	alle	(pomeriggio)

Sede di esercizio in Via/C.so _____

Comune di _____

Per la suddetta attività dichiara inoltre di:

- essere a conoscenza delle norme che regolano il rapporto di lavoro del medico di assistenza primaria ed in particolare dei contenuti degli articoli 27, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53 e di assicurarne la puntuale applicazione;
- essere al corrente della normativa sulla privacy e di impegnarsi al legittimo utilizzo dei dati sensibili degli assistiti affidati alle proprie cure;
- conoscere il programma di gestione della cartella clinica informatizzata utilizzata dal medico titolare e di essere in grado di utilizzarlo correttamente;
- aver preso atto dell'aspetto organizzativo dell'attività dello studio medico e di impegnarsi a curarne il puntuale svolgimento secondo la disponibilità strutturale e gli standards assistenziali richiesti per il medico titolare;
- di impegnarsi a comunicare presso codesta ASL ogni eventuale variazione di sede e di orari.

Data / /

Firma (medico sostituto)

N.B. Il presente modulo deve essere compilato dal titolare (PARTE A) e dal sostituto (PARTE B) e deve essere trasmesso all'Ufficio protocollo dell'ASL CN2 in un unico invio