	<b>DISTRETTO 1 DI ALBA</b> <b>DISTRETTO 2 DI BRA</b>	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 PEDIATRA LIBERA SCELTA

### Parte riservata al pediatra titolare

Il/La sottoscritto/a Dr. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ in qualità di medico pediatra 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 15/12/05 (lettera da indicare da parte del medico pediatra titolare fra quelle previste dalla lettera a) alla lettera d);
- art. 18, comma 3, lett. \_\_\_\_\_ ) ACN del 15/12/05 (lettera da indicare da parte del medico pediatra titolare fra quelle previste dalla lettera a) alla lettera f);
- art. 18, comma 4, lett. \_\_\_\_\_ ) ACN del 15/12/05 (lettera da indicare da parte del medico pediatra titolare fra quelle previste dalla lettera a) alla lettera d);
- art. 18, comma 5, ACN del 15/12/05;
- art. 18, comma 6, ACN 15/12/05 (non superiore a 30 gg. Lavorativi – ristoro psico-fisico);
- art. 36, comma 16, ACN 15/12/05 (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 pediatra sostituito.

Data, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_  
Firma (medico titolare)

### Avvertenze:

Qualora la sospensione dell'attività convenzionale sia prevista per i motivi di cui al comma 3, 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 3, lett. b); comma 4 lett. a), b), c), d); comma 5 e comma 6 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*

	<b>DISTRETTO 1 DI ALBA</b> <b>DISTRETTO 2 DI BRA</b>	Codice procedimento: 1/DISTRETTI
		Termine per provvedere: 7 gg dalla richiesta
		Codice titolare: 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 PEDIATRA DI FAMIGLIA

### 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 15/12/05 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 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 pediatra titolare ai sensi dell'art. 36, comma 4, dell'ACN del 15/12/05;
- di impegnarsi a comunicare presso codesta ASL ogni eventuale variazione di sede e di orari.

Data / /

\_\_\_\_\_  
**Firma (medico pediatra 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***