

AL DISTRETTO DI \_\_\_\_\_  
ASP DI RAGUSA

**OGGETTO: COMUNICAZIONE APERTURA / CHIUSURA STUDIO MEDICO**

Il/La sottoscritt\_\_ dott./dott.ssa \_\_\_\_\_

Medico di assistenza primaria  Medico pediatra di libera scelta

convenzionato con il S.S.R. - ASP di Ragusa – ambito territoriale di \_\_\_\_\_

cod. reg. n. \_\_\_\_\_ titolare di n. scelte (dati ultimo cedolino) \_\_\_\_\_

medico associato SI  NO  tipologia associazione \_\_\_\_\_

*(I medici che aderiscono a forme associative sono tenuti a garantire l'apertura dello studio secondo le determinazioni previste e definite in sede di contrattazione nazionale e regionale per le singole tipologie di associazione).*

Con **STUDIO N. 1** ubicato in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Lunedì dalle alle	Martedì dalle alle	Mercoledì dalle alle	Giovedì dalle alle	Venerdì dalle alle	Sabato dalle alle

Con **STUDIO N. 2** ubicato in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Lunedì dalle alle	Martedì dalle alle	Mercoledì dalle alle	Giovedì dalle alle	Venerdì dalle alle	Sabato dalle alle

Con **STUDIO N. 3** ubicato in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Lunedì dalle alle	Martedì dalle alle	Mercoledì dalle alle	Giovedì dalle alle	Venerdì dalle alle	Sabato dalle alle

**COMUNICA**

che dal \_\_\_\_\_ aprirà *(per i Pediatri previo parere favorevole del Comitato aziendale pediatria)* un nuovo studio medico (**STUDIO N. \_\_\_\_\_**) in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ con il seguente orario:

Lunedì dalle alle	Martedì dalle alle	Mercoledì dalle alle	Giovedì dalle alle	Venerdì dalle alle	Sabato dalle alle

che dal \_\_\_\_\_ chiuderà lo studio medico ubicato in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Si allega parere del competente Comitato aziendale permanente del \_\_\_\_\_  
*(In caso di frazionamento dell'orario di apertura complessivo previsto dall'ACN e dall'AIR vigenti e, solo per i Pediatri, in caso di apertura di un secondo studio ex art. 9 AIR 2011)*

Luogo e data

timbro e firma del medico



**A CURA DEL DISTRETTO**

**Si attesta che le variazioni (apertura/chiusura studio) e gli orari di cui sopra sono conformi a quanto previsto dai vigenti ACN ed AIR.**

**Si allega verbale di sopralluogo nuovo studio medico.**

Luogo e data

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO (o suo delegato)  
(Timbro e firma)