

AL DIRETTORE
DISTRETTO SANITARIO DI _____
ASP RAGUSA

OGGETTO: SOSPENSIONE ATTIVITA' CONVENZIONALE EX ART. 18 ACN MMG / ACN PLS

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
(cognome) (nome)

Medico convenzionato con il S.S.N. – ASP Ragusa per:

- L'assistenza primaria
- La Pediatria di libera scelta

Cod. reg. n. _____ ambito territoriale di _____

COMUNICA

la sospensione dell'attività convenzionale dal _____ al _____
per ristoro psico-fisico (massimo 30 giorni lavorativi in un anno). N. GG. già usufruiti nell'anno: _____

oppure

che sarà assente dal servizio dal _____ al _____
per:

- Motivi di salute, ai sensi del comma 2 lt. a-c-d ACN MMG / comma 3 lt. a-c-d ACN PLS.
- Partecipazione a corsi di formazione (diversi da quelli obbligatori) ai sensi del comma 2 lettera f) ACN MMG / comma 3 lettera e) ACN PLS.
- Altre motivazioni previste dall'art. 18 ACN MMG/PLS (**specificare quali**):

DICHIARA

che nel periodo di sospensione dell'attività sarà sostituito da:

- Medici dell'Associazione di cui è componente e precisamente dott.ri:

oppure

- Dott./dott.ssa: _____
(in questo caso allegare il "MOD. B SOSTITUZIONI" compilato a cura del medico sostituto)

Dichiara, altresì, di avere comunicato adeguatamente ai propri assistiti le modalità organizzative del medico/dei medici che lo sostituisce/sostituiscono (nel caso in cui il medico sostituto sia un convenzionato).

Luogo e data

Timbro e firma del Medico

.....

.....



A CURA DEL DISTRETTO

PER CONFORMITA' CONTRATTUALE
IL DIRETTORE DEL DISTRETTO o suo delegato

DATA _____

Timbro e firma