

REGIONE PIEMONTE

SOST/MMG

All'ASL n. _____ di _____

DICHIARAZIONE DI SOSTITUZIONE MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Parte riservata al medico titolare

Il/La sottoscritt _____ 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 23/3/05 (lettera da indicare da parte del medico titolare fra quelle previste dalla lettera a) alla lettera d);

art.18, comma 2, lett.) ACN del 23/3/05 (lettera da indicare da parte del medico titolare fra quelle previste dalla lettera a) alla lettera f);

art.18, comma 3, lett.) ACN del 23/3/05 (lettera da indicare da parte del medico titolare fra quelle previste dalla lettera a) alla lettera d);

art.18, comma 4, ACN del 23/3/05;

art.18, comma 5, ACN 23/3/05 (non superiore a 30 gg. lavorativi)

art. 37, comma 16, ACN 23/3/05 (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.

REGIONE PIEMONTE

SOST/MMG

All'ASL n. _____ di _____

DICHIARAZIONE DI SOSTITUZIONE MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Parte riservata al medico sostituto

Il/La sottoscritt _____ 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 23/3/05 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, ai sensi dell'Allegato C) comma 5 dell'ACN del 23/3/05 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'assetto 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;
- impegnarsi a comunicare presso codesta ASL ogni eventuale variazione di sede e di orari.

Data _____

firma (medico sostituto)