

REGIONE PIEMONTE

SOST/PLS

All'ASL n. _____ di _____

DICHIARAZIONE DI SOSTITUZIONE MEDICO PEDIATRA LIBERA SCELTA

Parte riservata al pediatra titolare

Il/La sottoscritt _____ 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 sostituto.

Data, _____

firma (pediatra 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.

REGIONE PIEMONTE

SOST/PLS

All'ASL n. _____ di _____

DICHIARAZIONE DI SOSTITUZIONE MEDICO PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

Parte riservata al pediatra sostituto

Il/La sottoscritt _____ Dr. _____ nato a _____
_____ prov. di () residente a _____ in Via/C.so _____ n.
_____ in qualità di medico pediatra 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 pediatra
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,

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

Data _____

_____ firma (medico pediatra sostituto)