

**DIREZIONE SOCIO SANITARIA**

**SSD Gestione Rete Medici Convenzionati Aziendali**

**RICHIESTA DI SOSTITUZIONE**

PER PERIODO SINGOLO

SOSTITUZIONE CONTINUATIVA

**(Da trasmettere alla A.S.L. entro il 4° giorno dall'inizio della sostituzione, se la stessa supera i 3 giorni)**

Io sottoscritt\_ Dr. \_\_\_\_\_ cod. reg. n. \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale

Pediatra di Libera Scelta

Dichiaro di assentarmi dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Per motivi di: \_\_\_\_\_

Nomino mi\_ sostituit\_ \_l\_ Dr. \_\_\_\_\_ cod. reg. n. \_\_\_\_\_

**M'impegno** a liquidare direttamente il mio sostituto secondo la disciplina del regolamento riportato a tergo, di cui: all'art. 37, Allegato C (ACN med. gen.) – art. 36, Allegato F (ACN spec. ped.)

Genova, \_\_\_\_\_ Timbro e firma del medico titolare \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI SOSTITUZIONE**

Io sottoscritt\_ Dr. \_\_\_\_\_ cod. reg. n. \_\_\_\_\_

**Specialista Pediatria:** SI' - NO

**Iscritto Scuola Spec. Pediatria:** SI' - NO

**Iscritto in Graduatoria Regionale:** SI' - NO

**M'impegno** a sostituire \_l\_ Dr. \_\_\_\_\_ cod. reg. n. \_\_\_\_\_

**Tel Cell** (obbligatorio) \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Impegnandomi al rispetto della vigente normativa contrattuale dichiaro:**

di prestare la mia attività ambulatoriale:

Presso lo studio del medico assente

Presso altro indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

con l'orario del medico titolare

con altro orario così come segue:

	dalle	alle	dalle	alle		dalle	alle	dalle	alle
lunedì	_____	_____	_____	_____	giovedì	_____	_____	_____	_____
martedì	_____	_____	_____	_____	venerdì	_____	_____	_____	_____
mercoledì	_____	_____	_____	_____	sabato	_____	_____	_____	_____

- di accettare la disciplina dei compensi economici dei relativi articoli contrattuali;
- di rimborsare il 100% dell'importo in caso di addebito per prescrizioni non conformi rilasciate nel corso della sostituzione;
- di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ex art. 12-13 e 14 regolamento UE 2016/679 e delle relative norme di armonizzazione, pubblicata sul sito aziendale;
- di essere a conoscenza che dovrò attenermi agli obblighi di condotta, per quanto compatibili, previsti dal Codice di Comportamento per i dipendenti pubblici adottato dall'ASL3 visionabile sul sito web dell'ASL 3, Sezione "Amministrazione Trasparente" percorso Disposizioni Generali – Atti Generali – Codici disciplinari e di comportamento – Codice di comportamento ASL3 – allegato alla delibera 305/2018 (e s.m.i.), che dichiaro di conoscere ed accettare;
- di essere a conoscenza che la violazione degli obblighi derivanti dal citato Codice comporterà la risoluzione del contratto, previa istruttoria e conclusione del procedimento in contraddittorio con l'Azienda.

**Io sottoscritt\_**, consapevole che la dichiarazione mendace, la falsità in atti e l'uso di atto falso costituiscono reato ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 e comportano l'applicazione della sanzione penale, dichiaro, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 e degli artt. 37 c. 2 (ACN med. gen) e 36 c. 2 (ACN spec. ped.), di **NON trovarmi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 17 vigenti AA.CC.NN.**

Genova, \_\_\_\_\_ Timbro e firma del medico sostituto \_\_\_\_\_