

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

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA

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 5, ACN del 29/07/09 **(non superiore a 30 gg. lavorativi - ristoro psico-fisico)**
- art. 18, comma 1, lett. ____), ACN del 29/07/09 **(lettera da indicare da parte del medico titolare fra quelle previste dalla lettera a) alla lettera d))**;
- art. 18, comma 2, lett. ____), ACN del 29/07/09 **(lettera da indicare da parte del medico titolare fra quelle previste dalla lettera a) alla lettera f))**;
- art. 18, comma 3, lett. ____), ACN del 29/07/09 **(lettera da indicare da parte del medico titolare fra quelle previste dalla lettera a) alla lettera d))**;
- art. 18, comma 4, ACN del 29/07/09 **(stato di gravidanza)**
- art. 37, comma 16, ACN del 29/07/09 **(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 e timbro (medico titolare)

1. qualora la sospensione dell'attività convenzionale sia prevista per i motivi di cui al comma 2, lettere e) e f) dell'ACN del 29/07/2009, è necessaria apposita autorizzazione da parte dell'ASL competente da richiedersi entro 30 gg. dall'evento.
2. 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

Parte riservata al Medico Sostituto

Il/La sottoscritt__ Dr. _____ nato a _____
il _____ prov. di (_____) residente a _____
in Via/C.so _____ n. _____,
codice fiscale _____, indirizzo e-mail _____,
indirizzo pec _____, n. di cellulare _____ in qualità
di medico sostituto del Dr. _____

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 17 dell'ACN del 29/07/09 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) c.5 dell'ACN del 29/07/09 di:

- essere a conoscenza delle norme che regolano il rapporto di lavoro del medico di assistenza primaria ed in particolare dei contenuti dell'art 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 e timbro (medico sostituto)

Note:

1. deve essere sempre indicato dal medico sostituto il nominativo del medico sostituto anche se trattasi di medici appartenenti alle forme associative attualmente previste (gruppo, rete e associazione);
2. nel caso di sostituzione fra medici associati può non essere indicato l'orario di sostituzione.

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il presente modulo deve essere utilizzato dai Medici di Medicina Generale per dichiarare la propria assenza dal servizio per i casi contemplati dall'ACN del 29/07/2009 e per comunicare il nominativo dal Medico sostituto. Tale Sanitario è tenuto a dichiarare, sul modulo stesso, di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 17 del citato ACN e di essere a conoscenza della normativa vigente che regola tale sostituzione.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Il Modulo deve essere compilato e firmato, nelle parti riservate, rispettivamente dal MMG titolare e dal Medico sostituto.

MODALITA' DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo può essere:

- a) firmato e consegnato di persona alla Segreteria Distrettuale dell'ASL CN1
- b) firmato e spedito per posta, telefax, da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo del Distretto di riferimento:

Distretto Sud Ovest distretto.sudovest@aslcn1.it
Distretto Sud Est distretto.sudest@aslcn1.it
Distretto Nord Ovest distretto.nordovest@aslcn1.it
Distretto Nord Est distretto.nordest@aslcn1.it

o da PEC all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it

Avvertenze

- Si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

La sostituzione Medico di Medicina Generale viene autorizzata ai sensi della normativa vigente, evidenziando che:

1. qualora la sospensione dell'attività convenzionale sia prevista per i motivi di cui al comma 2, lettere e) e f) dell'ACN del 29/07/2009, è necessaria apposita autorizzazione da parte dell'ASL competente da richiedersi entro 30 gg. dall'evento.
2. 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.

RIFERIMENTI

Distretti	http://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/lassistenza-sanitaria-di-base/il-medico-di-famiglia/
------------------	---