

Oggetto: sospensione dell'attività convenzionale per ristoro psicofisico ai sensi dell'art.18 co.5 Atto d'intesa conferenza stato regioni repertorio N°2272 del 23 marzo 2005 "Accordo collettivo nazionale per la medicina generale" e ai sensi dell' Art. 18 co.6 ACN pediatria di libera scelta.

Il sottoscritto dr _____ nato a _____

Il _____ cod. reg. _____ MAP/PLS

Chiede, nel rispetto dei comma 5, 6, 9 e 14 dell'art. 18 dell'Atto d'Intesa Conferenza Stato Regioni repertorio N° 2272 del 23/03/05 " Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale", e co. 6 art.18 ACN PLS, la sospensione dell'attività convenzionale per ristoro psico-fisico per il seguente periodo:

dal _____ al _____

Si comunica che sarà sostituito dal Dott. _____

Nato a _____ il _____

Cod. iscrizione Ordine dei medici di _____ N° _____

DATA _____

Firma del medico titolare

Il sottoscritto dr _____ nato a _____

il _____ dichiara di non trovarsi in situazione di incompatibilità così come previsto dall'Art.17. Si impegna, altresì, a garantire l'attività assistenziale secondo le modalità organizzative, disponibilità strutturale, standard assistenziale e orario di apertura dello studio, del medico sostituito.

Firma del medico sostituito per accettazione