

All'Azienda ULSS 20 di Verona  
A.c.a. Direttore Distretto Socio Sanitario n. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ (VR)

**SEGNALAZIONE DI ASSENZA E COMUNICAZIONE DI SOSTITUZIONE MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA**  
PER ASSENZA SUPERIORE AI 3 GIORNI CONSECUTIVI (da inviare al DSS entro il 4° giorno dall'inizio della sostituzione)

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_ cod. reg. \_\_\_\_\_

iscritto nell'elenco dei Medici di Assistenza Primaria del Distretto S.S. n. \_\_\_\_\_ con scelte ☐ fino a 100 utenti ☐ superiori a 100 utenti

dichiara che dal giorno \_\_\_\_\_ ☐ inizio sostituzione ☐ continuazione sostituzione

fino al giorno \_\_\_\_\_ si assenterà dalla propria attività di medico convenzionato per l'assistenza primaria per:

☐ MALATTIA ☐ INFORTUNIO ☐ ASPETTATIVA ☐ MATERNITÀ ☐ CORSO DI AGG.TO ☐ ALTRO (specificare): \_\_\_\_\_

e sarà sostituito ☐ nel proprio ambulatorio ☐ in altro ambulatorio (specificare): \_\_\_\_\_

dal dott. \_\_\_\_\_ laureato il \_\_\_\_\_ ☐ medico convenzionato cod. reg. \_\_\_\_\_

**iscritto all'Ordine dei Medici e in possesso dei requisiti previsti dall'art. 37 dell'A.C.N. del 23.3.2005 e s.m.i.:**

☐ attestato di formazione in Medicina Generale conseguito il \_\_\_\_\_ ☐ titolo equipollente \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Cap. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

**I rapporti economici relativi alla sostituzione sono disciplinati dalle norme dell'allegato C dell'A.C.N. del 23.3.2005 e s.m.i.**

data \_\_\_\_\_

Il Medico titolare \_\_\_\_\_  
(timbro e firma)

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_, medico sostituto, ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, dichiara sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del DPR 28.12.2000, n. 445, in caso di dichiarazioni non veritiere:

- 1) di essere attualmente iscritto all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 2) di **non trovarsi** nelle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa (art. 17 dell'A.C.N. del 23.3.2005 e s.m.i.);
- 3) cod. Enpam \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_;
- 4) Partita Iva \_\_\_\_\_ Domicilio fiscale \_\_\_\_\_;
- 5) ☐ di aver effettuato l'opzione per il seguente regime fiscale agevolato: \_\_\_\_\_;

allegando copia della dichiarazione rilasciata dall'Agenzia delle Entrate dalla quale risulta l'opzione effettuata;

☐ Allega altresì, ai sensi di quanto previsto dal provvedimento attuativo dell'Agenzia delle Entrate n. 185820 del 22.12.2011, apposita dichiarazione di non assoggettabilità dei compensi alla ritenuta d'acconto da parte del sostituto d'imposta nel regime fiscale di vantaggio per l'imprenditoria giovanile e lavoratori in mobilità o "nuovi minimi/superminimi", ex art. 27, cc. 1-2 del D.L. 6.7.2011 n. 98, conv. L. 15.7.2011, n. 111;

e si impegna ad assumere direttamente, all'atto dell'incarico di sostituzione, le responsabilità professionali inerenti tutte le attività previste dal vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale e a garantire l'attività assistenziale secondo le modalità organizzative, disponibilità strutturale, standard assistenziale e orario di apertura dello studio, del medico sostituto;

conto corrente istituto bancario \_\_\_\_\_:

Coord. bancarie – Cod. IBAN						
	Codice paese	Cod. controllo	CIN	Cod. ABI	Cod. CAB	N. Conto Corrente

Allega copia di un valido documento di identità.

data \_\_\_\_\_

Il Medico sostituto \_\_\_\_\_  
(timbro e firma)