DISTRETTO SANITARIO 33 - CEFALÙ

UFFICIO MEDICINA DI BASE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 - 90141 Palermo
C.F. e P. IVA: 05841760829

Prot. n. _____ del _____

DISTRETTO SANITARIO 33 CEFALÙ
PRESIDIO CONTINUITÀ ASSISTENZIALE _____

A CURA DEL MEDICO TITOLARE DEL TURNO

Il sottoscritto Dr. _____ titolare di incarico a tempo indeterminato

o sostituto a tempo determinato presso il presidio di C.A. _____

ai sensi e per gli effetti di cui al D.P.R. 28/12/2000, n. 445, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, dichiara di non aver potuto effettuare il turno:

dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____

per il seguente motivo _____

e di essere stato sostituito dal medico Dr. _____

- ☐ Secondo l'elenco dei medici disponibili di questo distretto
- ☐ Fuori elenco, in quanto non è stato rintracciato alcun medico disponibile

Luogo e data _____ Firma e Timbro

_____

A CURA DEL MEDICO SOSTITUTO

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____ il _____

Residente a _____ C.A.P. _____ laureato in medicina e chirurgia il _____

C.F. _____ Cod. ENPAM _____

Tel. _____ Email _____

Dichiara di aver effettuato come medico disponibile in data _____

dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____

il turno del Dr. _____ nel presidio di _____

e di non trovarsi in posizione di incompatibilità ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Da compilare solo dai medici non inseriti in graduatoria.

Chiede che gli emolumenti stipendiali vengano accreditati presso:

Banca _____ filiale di _____

CODICE IBAN

Luogo e data _____ Firma e Timbro

_____

Mod. Cambio turno C.A.