

SCHEDA RIEPILOGATIVA PRESENZE MEDICO SOSTITUITO

dr./ssa _____

tel./cell. _____

SOC MMG
e Continuità
assistenziale



MEDICINA DEI SERVIZI

DISTRETTO _____ PRESIDIO DI _____

MESE DI _____ ANNO _____

DATA	ENTRATA dalle ore	USCITA dalle ore	ENTRATA dalle ore	USCITA dalle ore	FIRMA DEL MEDICO CHE SOSTITUISCE IL TITOLARE	NOMINATIVO DEL TITOLARE SOSTITUITO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

Il sottoscritto dr./ssa _____ consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

- DI NON TROVARSI in alcuna condizione di incompatibilità rispetto all' A.C.N. vigente per la disciplina dei rapporti con la medicina dei Servizi;
- DI ESSERE ISCRITTO all'Albo professionale dei medici chirurghi o degli odontoiatri presso l'Ordine dei Medici della Provincia di _____

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE

DATA E FIRMA DEL DICHIARANTE