

# SEGNALAZIONE DI ASSENZA

(da comunicare all'Azienda per assenze superiori a tre giorni)

**Medico del ruolo unico di Assistenza Primaria**

- A CICLO DI SCELTA
- A RAPPORTO ORARIO

- PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

**All'Azienda Sanitaria USL TOSCANA CENTRO**

Assistenza primaria - mail [sostituzioni.mmg@uslcentro.toscana.it](mailto:sostituzioni.mmg@uslcentro.toscana.it)

Pediatria - mail [sostituzioni.pls@uslcentro.toscana.it](mailto:sostituzioni.pls@uslcentro.toscana.it)

Io sottoscritto/a dott. \_\_\_\_\_ codice regionale \_\_\_\_\_

Iscritto nell'ambito territoriale di \_\_\_\_\_

## comunico

che mi assenterò dalla mia attività di medico convenzionato dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
**periodo preventivamente comunicato gli assistiti e il coordinatore di AFT**

per il periodo sopra riportato richiedo la **sospensione dell'incarico** (previa autorizzazione dell'Azienda) per:

- servizio prestato all'estero - *art.22/ap e 21/ped comma 1) lettera c)*
- frequenza dottorato di ricerca - *art.22/ap e 21/ped comma 1) lettera e)*

per il periodo sopra riportato richiedo la **sospensione dell'attività** per:

- malattia       Infortunio       maternità
- ristoro psico-fisico (*art.22/ap e 21/ped comma 6 max 30 gg lavorativi nell'arco di un anno*)
- documentati motivi assistenziali nei riguardi di un familiare con gravi motivi di salute (**AP:** *art.22 comma 2 lettera b) massimo 3 giorni/turni al mese; PED: art.21 comma 2 lettera b) 30 giorni all'anno*)
- incarico di Direttore di Distretto o altro incarico organizzativo o di dirigenza - *art.22/ap e 21/ped comma 2) lettera c) (AP:da richiedere all'Azienda con un preavviso minimo di 15 giorni; PED:da richiedere all'Azienda 30 giorni prima dell'evento)*
- partecipazione ad iniziative umanitarie o di solidarietà (*da richiedere all'Azienda 30 giorni prima dell'evento*)

partecipazione a corsi di formazione (diversi dai corsi di formazione obbligatori) (**AP:** da richiedere all'Azienda 30 giorni prima dell'evento; **PED:** con un preavviso di 15 giorni)

espletare un mandato istituzionale ai sensi dell'art. 23/22 comma 1

---

per il periodo sopra riportato richiedo la **sospensione parziale dell'attività** (il medico a ciclo di scelta /pediatra deve indicare modalità e percentuale di sostituzione nelle note) per:

allattamento o assistenza a neonati entro i primi 12 mesi di vita

adozione o affido di minore nei primi 12 mesi dell'adozione o affido

assistenza a minori conviventi non autosufficienti

assistenza a familiari, anche temporaneamente conviventi, con inabilità totale e titolari di indennità di accompagnamento

Note \_\_\_\_\_

---

**Previsto solo per i medici del ruolo unico di assistenza primaria:**

Altro specificare: \_\_\_\_\_ (previo parere dell'Azienda, sentito il Comitato Aziendale – art. 22 comma 13)

e che verrò sostituito dal dott. \_\_\_\_\_ codice regionale \_\_\_\_\_  
al quale ho comunicato le modalità organizzative della mia attività.

data .....

**timbro e firma del titolare**

*Il sottoscritto Dott....., non essendo titolare di incarico, dichiara di non trovarsi in una situazione di incompatibilità prevista dal vigente Accordo Collettivo Nazionale e che durante la sostituzione verranno rispettate le modalità organizzative, disponibilità strutturale, standard assistenziali e orario di apertura dello studio del medico sostituito, assumendosi le responsabilità professionali inerenti le attività previste dall'Accordo Collettivo Nazionale e dall'Accordo Integrativo Regionale*

data .....

**timbro e firma del Sostituto**