



Regione Lombardia

AZIENDA SANITARIA LOCALE (A.S.L.)

DELLA PROVINCIA DI MILANO N° 1

D.P.G.R. n° 070634 del 22.12.1997

DIPARTIMENTO ECONOMICO  
Servizio Gestione Attività Amministrative Correlate  
Alla Medicina Territoriale

COMUNICAZIONE DI SOSTITUZIONE

Io sottoscritto Dott. ....

comunico che sarò assente dal ..... al .....

causa (\*) .....

e che in tale periodo sarò sostituito dal Dott. ....

CONVENZIONATO

NON CONVENZIONATO

REGOLARMENTE IN POSSESSO DEI TITOLI PER L'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE  
DI MEDICO CHIRURGO E COMPATIBILE CON TALE INCARICO PROVVISORIO

LA SOSTITUZIONE AVRA' LUOGO:

PRESSO IL MIO AMBULATORIO

QUELLO DEL SOSTITUTO

SECONDO GLI STESSI ORARI

ORARI MODIFICATI

.....

EVENTUALI VARIAZIONI DI AMBULATORIO, ORARI DI ACCESSO E RECAPITI PER  
RICHIESTA DI VISITE DOMICILIARI SONO STATI COMUNICATI TRAMITE AVVISO  
ESPOSTO AGLI ASSISTITI:

DAVANTI AL MIO AMBULATORIO

IN ALTRO MODO .....

.....

Data, .....

Firma .....

(\*) nel caso di assenza per malattia si dovrà produrre anche certificazione medica



Regione Lombardia

AZIENDA SANITARIA LOCALE (A.S.L.)

DELLA PROVINCIA DI MILANO N° 1

D.P.G.R. n° 070634 del 22.12.1997

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL SOSTITUTO**

Il sottoscritto ..... nato il.....  
a ..... residente in Via.....  
n. .... nel Comune di ..... Prov. .... cap. ....  
telefono ...../.....

Codice Fiscale
Codice ENPAM
Partita IVA
Laurea                      data                                      città
Abilitazione                data                                      città

**N.B.: da non compilare se dati già comunicati con la prima sostituzione.**

**Ai sensi ed agli effetti dell'art. 4 legge 4/1/68 n. 15**

**Dichiara formalmente di:**

**Non trovarsi in situazione di incompatibilità prevista dall'art. 4 del DPR 270 del 28/07/2000.**

Data .....

firma .....