



**A.S.L. CN2**

Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)  
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480  
e-mail: [aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it) – [www.aslcn2.it](http://www.aslcn2.it)

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

## MODULO SOSTITUZIONE MEDICO ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA

Alla cortese attenzione dell'ASL \_\_\_\_\_

### Parte riservata al medico titolare

Il/La sottoscritt\_ Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_, in qualità di medico convenzionato per l'assistenza primaria a ciclo di scelta con codesta ASL, dichiara con la presente che a far data dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (totale giorni \_\_\_\_\_) verrà sostituito dal/dalla Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_ per i seguenti motivi:

*(da compilare barrando la relativa voce)*

- art. 22, comma 1, lettera \_\_\_\_ ACN del 04/04/2024 (lettera da indicare da parte del medico titolare fra quelle previste dalla lettera a) alla lettera e);
- art. 22, comma 2, lettera \_\_\_\_ ACN del 04/04/2024 (lettera da indicare da parte del medico titolare fra quelle previste dalla lettera a) alla lettera e);
- art. 22, comma 3, lettera \_\_\_\_ ACN del 04/04/2024 (lettera da indicare da parte del medico titolare fra quelle previste dalla lettera a) alla lettera d);
- art. 22, comma 5, ACN del 04/04/2024; (gravidanza – puerperio)
- art. 22, comma 6, ACN del 04/04/2024 (non superiore a 30 gg. lavorativi) (ristoro psico-fisico)

A tal fine, si impegna ad informare i propri assistiti sulla durata, sulle modalità di sostituzione e sul medico sostituto.

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma (medico titolare)



**A.S.L. CN2**

Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)  
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480  
e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

Alla cortese attenzione dell'ASL \_\_\_\_\_

### Parte riservata al medico sostituto

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
prov. di (\_\_\_\_) residente a \_\_\_\_\_ in Via/C.so \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ in qualità di medico sostituto del Dr./Dr.ssa  
\_\_\_\_\_ dichiara con la presente di:

- non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 21 dell'ACN del  
04/04/2024;

- di essere in possesso dei requisiti previsti dall'Art. 36 comma 1;

- di svolgere l'attività di sostituzione con i seguenti orari e sede di esercizio:  
*(da compilare solo in caso di variazione rispetto all'orario e alla sede del medico titolare)*

Lunedì	dalle _____ alle _____ (mattino)	dalle _____ alle _____ (pomeriggio)
Martedì	dalle _____ alle _____ (mattino)	dalle _____ alle _____ (pomeriggio)
Mercoledì	dalle _____ alle _____ (mattino)	dalle _____ alle _____ (pomeriggio)
Giovedì	dalle _____ alle _____ (mattino)	dalle _____ alle _____ (pomeriggio)
Venerdì	dalle _____ alle _____ (mattino)	dalle _____ alle _____ (pomeriggio)

- sede di esercizio in Via/C.so \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

*Per "mattino" si considera la fascia oraria ante meridiem, ossia con inizio entro le ore 12, per "pomeriggio" si considera la fascia oraria post meridiem, ossia con inizio dopo le ore 12.*

Per la suddetta attività dichiara, inoltre, di:

- essere a conoscenza delle norme che regolano il rapporto di lavoro del medico di assistenza primaria e di assicurarne la puntuale applicazione;
- essere al corrente della normativa sulla privacy e di impegnarsi al legittimo utilizzo dei dati sensibili degli assistiti affidati alle proprie cure;
- conoscere il programma di gestione della cartella clinica informatizzata utilizzata dal medico titolare e di essere in grado di utilizzarlo correttamente;
- aver preso atto dell'assetto organizzativo dell'attività dello studio medico e di impegnarsi a curarne il puntuale svolgimento secondo la disponibilità strutturale e gli standards assistenziali richiesti per il medico titolare.
- impegnarsi a comunicare all'ASL ogni eventuale variazione di sede e di orari.

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma (medico sostituto)