

**ALL'AZIENDA SANITARIA USL DI LATINA
U.O.C. Stato Giuridico Stato Economico**

Direttore del Distretto 2

COMUNICAZIONE DI AVVENUTA SOSTITUZIONE

(da presentare subito dopo la ripresa dell'attività)

- **MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA**
DI
- **PEDIATRA DI LIBERA SCELTA**

Titolare sostituito:

COGNOME E NOME	CODICE REGIONALE

Sostituto:

COGNOME E NOME	CODICE REGIONALE

Periodo della sostituzione:

	G.	M.	A.		G.	M.	A.
dal				al			

Motivo dell'assenza:

- malattia
- infortunio
- motivi di studio (diversi dai corsi di formazione obbligatori)
- partecipazione ad iniziative umanitarie
- recupero psicofisico
- distacco sindacale (totale ore.....)
- motivi personali
- altro

data _____

Timbro e Firma del Titolare

Timbro e Firma del Sostituto
