

**All' AZIENDA SANITARIA USL DI LATINA
DIRETTORE DEL DISTRETTO _____**

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:

dal	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">G.</td><td style="width: 20px; text-align: center;">M.</td><td style="width: 20px; text-align: center;">A.</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	G.	M.	A.				al	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">G.</td><td style="width: 20px; text-align: center;">M.</td><td style="width: 20px; text-align: center;">A.</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	G.	M.	A.			
G.	M.	A.													
G.	M.	A.													

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
