

AZIENDA SANITARIA 7

C A T A N Z A R O

OGGETTO: ACCETTAZIONE SOSTITUZIONE  
MEDICINA GENERALE E  
PEDIATRIA L.S.

Il sottoscritto dott. Chirurgo/Pediatra \_\_\_\_\_ nato il  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via: \_\_\_\_\_ tel. n. \_\_\_\_\_  
laureato in medicina e chirurgia, abilitato all'esercizio della professione  
di medico chirurgo, iscritto all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ richiesto della sostituzione del dott. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ del comune di \_\_\_\_\_ per il  
periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
nell'accettare l'incarico, espressamente dichiara quanto segue:

- a) di non ricadere in nessuno dei casi di incompatibilità previsti dall'art.4 della Convenzione Nazionale Unica per la Medicina Generica e Pediatrica;
- b) di accettare e rispettare tutte le norme della Convenzione in vigore nonché i regolamenti e gli accordi di attuazione della stessa, emanati con apposite deliberazioni della Giunta Regionale della Calabria;
- c) di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Unità Operativa nonché al medico sostituto qualsiasi variazione che comporti modifiche alla presente dichiarazione.

In Fede.

FIRMA e timbro  
(leggibile)

DATA \_\_\_\_\_