

**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

G.	M.	A.

al

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**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_