

**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**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

