All'Azienda ULSS 20 di Verona
A.c.a. Direttore Distretto Socio Sanitario n. _____
Via _____ n. _____
C.A.P. _____ Comune _____ (VR)

SEGNALAZIONE DI ASSENZA E COMUNICAZIONE DI SOSTITUZIONE MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA
PER ASSENZA SUPERIORE AI 3 GIORNI CONSECUTIVI (da inviare al DSS entro il 4° giorno dall'inizio della sostituzione)

Il sottoscritto dott._____ cod. reg._____

iscritto nell'elenco dei Medici di Assistenza Primaria del Distretto S.S. n._____ con scelte ☐ fino a 100 utenti ☐ superiori a 100 utenti

dichiara che dal giorno _____ ☐ inizio sostituzione ☐ continuazione sostituzione

fino al giorno _____ si assenterà dalla propria attività di medico convenzionato per l'assistenza primaria per:

☐ MALATTIA ☐ INFORTUNIO ☐ ASPETTATIVA ☐ MATERNITÀ ☐ CORSO DI AGG.TO ☐ ALTRO (specificare):

_____

e sarà sostituito ☐ nel proprio ambulatorio ☐ in altro ambulatorio (specificare): _____

dal dott. _____ laureato il _____ ☐ medico convenzionato cod. reg. _____

iscritto all'Ordine dei Medici e in possesso dei requisiti previsti dall'art. 37 dell'A.C.N. del 23.3.2005 e s.m.i.

☐ attestato di formazione in Medicina Generale conseguito il _____ ☐ titolo equipollente _____

nato a _____il _____ residente a _____

Cap._____Via _____n. ____ tel. _____ cellulare _____

I rapporti economici relativi alla sostituzione sono disciplinati dalle norme dell'allegato C dell'A.C.N. del 23.3.2005 e s.m.i.

data _____ **Il Medico titolare _____**
(timbro e firma)

Il sottoscritto dott. _____, medico sostituto, ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, dichiara sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del DPR 28.12.2000, n. 445, in caso di dichiarazioni non veritiere:

1) di essere attualmente iscritto all'Ordine dei Medici di _____ al n. _____ dal _____;
2) di **non trovarsi** nelle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa (art. 17 dell'A.C.N. del 23.3.2005 e s.m.i.);
3) cod. Enpam_____Codice fiscale _____;
4) Partita Iva _____ Domicilio fiscale _____;

e si impegna ad assumere direttamente, all'atto dell'incarico di sostituzione, le responsabilità professionali inerenti tutte le attività previste dal vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale e a garantire l'attività assistenziale secondo le modalità organizzative, disponibilità strutturale, standard assistenziale e orario di apertura dello studio, del medico sostituito.
Comunica altresì che il proprio regime fiscale è il seguente:
☐ regime ordinario;
☐ nuovo regime forfetario, ex art. 1, c. 54, L. n. 190/2014 , a decorrere dal |_|_|_|_|_|_|_|_| (GG/MM/AAAA); dichiara la non assoggettabilità dei compensi alla ritenuta d'acconto da parte del sostituto d'imposta in quanto gli stessi sono soggetti ad imposta sostitutiva;
☐ prosecuzione (*) regime di vantaggio per l'imprenditoria giovanile o "nuovi minimi" o "superminimi" , ex art. 27 cc. 1-2 D.L. n. 98/2011, a decorrere dal |_|_|_|_|_|_|_|_| (GG/MM/AAAA); dichiara la non assoggettabilità dei compensi alla ritenuta d'acconto da parte del sostituto d'imposta in quanto gli stessi sono soggetti ad imposta sostitutiva [(*) questo regime di vantaggio è stato abrogato dalla L. n. 190/2014; tuttavia la medesima L. n. 190/2014, all'art. 1, c. 88, prevede che i soggetti che nel periodo di imposta in corso al 31.12.2014 si avvalgono di tale regime possono continuare ad avvalersene per il periodo che residua al completamento del quinquennio agevolato e comunque fino al compimento del trentacinquesimo anno di età.];
esonerando il sostituto d'imposta da qualsiasi responsabilità in merito alle conseguenze dell'eventuale errata comunicazione del regime fiscale e, nel caso abbia più sopra indicato un regime fiscale diverso dall'ordinario, si impegna a comunicare tempestivamente al sostituto d'imposta il venir meno dei requisiti necessari per beneficiare dello stesso.

Conto corrente banca _____ Cod. IBAN: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

→ **Allega copia di un valido documento di identità.**

data _____ **Il Medico sostituto _____**
(timbro e firma)