

Al Direttore Generale della ASL

Al Direttore del Distretto

e p. c. All' Assessorato alla Sanità,
 Sistema Sanitario Regionale e Tutela
 della Salute. Area 4V/14
 Via R. Raimondi Garibaldi 7,
 00145 Roma.

Oggetto: Accordo integrativo regionale per la continuità dell'assistenza: comunicazione di forma associativa prevista dall'ACN per la Medicina generale e prosecuzione/inizio attività di UCP.

I sottoscritti Medici di Famiglia:

	Nome Cognome	Ubicazione studio	Telefono	Distretto	Cod. Regionale
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

aderendo liberamente e volontariamente all'UCP con sede in Via
 Referente..... ~~progetto di continuità dell'assistenza,~~
 riconoscendo all' Ordine dei Medici il rispetto interno del progetto stesso ed alla AUSL ed alle
 Organizzazioni Sindacali di categoria il rispetto dell'accordo nell'ambito territoriale;

comunicano la loro adesione al progetto

e si impegnano ad assicurare tutti i compiti previsti dal protocollo operativo.

La forma associativa

SEMPLICE

COMPLESSA

è confermata nella sua costituzione

ha subito una variazione strutturale (numero di Medici diverso)

ha subito una variazione oraria

è di nuova costituzione

Comunicano, inoltre, che la loro attività verrà svolta in *(barrare la voce che interessa)*:

- sede unica
- sedi multiple

e che l'insieme degli studi garantirà *(barrare la voce che interessa)*

Orario continuativo di nove ore giornaliere dalle 07 alle 21 dal lunedì al venerdì,

Orario di nove ore giornaliere dal lunedì al venerdì,

secondo lo schema riportato di seguito

Comunicano che i seguenti medici già operano in forma associativa

Medicina di gruppo

Medicina in rete

Oppure hanno modificato la loro forma associativa:

o come variazione numerica dei partecipanti

o da Associazione semplice a Medicina in rete

o da Associazione semplice a Medicina di gruppo

o da Medicina in rete a Medicina di gruppo

Ubicazione dello Studio di riferimento

Nome Cognome

Sede: Via

Telefono

Distretto

Cod.Regionale

Comunicano di aver stabilito che il loro referente organizzativo presso la ASL sarà il

Dott.....Telefono..... E Mail

Comunicano che l'apertura dei loro studi professionali sarà la seguente:

	Nome Cognome	Lunedì Matt. Pom		Martedì Matt. Pom		Mercoledì Matt. Pom		Giovedì Matt. Pom		Venerdì Matt. Pom		Sabato Matt.
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

In fede:

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Firma e timbro dei Medici (Sede, data)