

Al Direttore Generale A.S.P. di _____

e p.c.

al Direttore del Distretto Sanitario di _____

Il sottoscritto Dott. _____,

pediatra: singolo, in associazione, in gruppo,

convenzionato nel Comune di _____, secondo quanto previsto dall'Accordo Integrativo Regionale dei Medici Specialisti Pediatri di Libera Scelta (deliberazione G.R. del 01/06/2007), nel "Progetto Continuità assistenziale diurna feriale",

chiede

di poter **aderire ad una delle due modalità di continuità assistenziale diurna feriale** contemplate nel progetto:

disponibilità telefonica diurna.

Mi impegno a fornire ai pazienti e al Distretto Sanitario di appartenenza, il numero telefonico e le modalità operative con le quali sarà garantita la disponibilità.

Telefono: _____

Modalità operative:

pediatra singolo: ore 8,00 alle ore 20,00 dei giorni feriali con esclusione dei prefestivi in cui cessa alle ore 12.

pediatra in associazione o in gruppo:

Medico:	dalle ore alle ore	dalle ore alle ore	dalle ore alle ore

Il servizio non può configurarsi come servizio di emergenza.

ampliamento dell'orario di apertura degli ambulatori.

Aderendo a questa modalità mi impegno a comunicare al Distretto Sanitario di appartenenza l'orario di apertura del mio ambulatorio:

	lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì
mattino					
pomeriggio					

_____, lì _____

Distinti saluti.