

Modulo per il medico di Continuità Assistenziale ed Emergenza sanitaria da spedire entro dieci giorni dall'inizio della malattia

Oggetto: comunicazione apertura malattia/infortunio extra professionale polizza n° 81302066

Raccomandata

Spett.le Assicurazioni Generali
Viale di Villa Massimo. 39
00161 ROMA

Tel. 06 44248341
Fax. 06 44232726

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

Codice Fiscale _____

Medico di Continuità Assistenziale convenzionato la A.S.L. n. _____ del Veneto

dichiara di essersi assentato dal lavoro per malattia/infortunio extra professionale dalla data del _____ e che l'ultimo turno effettuato precedente al periodo di malattia è stato svolto in data _____, dichiara inoltre di non svolgere altri incarichi in Convenzione

di svolgere anche l'attività di: Assistenza Primaria
 Emergenza Sanitaria

Il sottoscritto dichiara che durante il periodo di malattia sarà reperibile presso il seguente indirizzo:

Via/Piazza _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Allega:

- Certificato medico con diagnosi e prognosi (*esclusa l'autocertificazione*)
- Certificato di ricovero
- Lettera A.S.L. di conferimento dell'incarico
- Certificato di pronto soccorso

Data _____

Firma _____