

Al Responsabile del Presidio
o Distretto _____

e p.c. Al Comitato Consultivo Zonale
Via Unità Italiana , 28 81100 CASERTA

Al Segretario Provinciale S.U.M.A.I. CASERTA

LORO SEDI

Il sottoscritto Dott. _____

Specialista in _____ comunica di aver rilevato nella sede di
_____ ove presta servizio in qualità di Medico Specialista

Ambulatoriale, le seguenti carenze o inadeguatezze di ordine strutturale, tecnico —organizzative:

- Ambulatorio Attrezzatura Servizi igienici
- Sala di attesa Personale amministrativo Personale tecnico infermieristico
- Altro

In modo più specifico, al fine del regolare esercizio della propria attività professionale e nello interesse dei pazienti e dell'Azienda, evidenzia che:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(chiara e dettagliata segnalazione delle carenze rilevate).

Si trasmette per quanto di Vs. competenza a norma dell'art. 18, comma 2. del vigente Accordo Collettivo Nazionale, 29 Luglio 2009.

LO SPECIALISTA