

Al Direttore Generale
dell'Azienda Unità Sanitaria Locale n.5
Via La Farina, 263/N
98124 MESSINA

OGGETTO: Domanda di indennità per l'utilizzo di collaboratore di studio medico
(Secondo criteri e modalità previsti dal D.A. 8 novembre 2007 - pubblicato nella GURS n.56 del 30 novembre 2007)

Il/la sottoscritt..... dr.
nat.... a il
medico di assistenza primaria convenzionato con l'Azienda Unità Sanitaria Locale n.5 di Messina
codice regionale

C H I E D E

ai sensi dell'art. 59, lett. B), comma 6, dell'ACN 23 marzo 2005 (Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale), la corresponsione dell'indennità per collaboratore di studio medico.

Acclude

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio;
- copia fotostatica di un documento di identità;
- documentazione indicata all'art. 5 del D.A. (*).

Data

Firma

(* Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, il medico può trasmettere una copia fotostatica, anche non autenticata, della documentazione comprovante il possesso dei requisiti richiesti per concorrere alla corresponsione dell'indennità per collaboratore di studio medico.