

SCHEMA DI DOMANDA DI INDENNITA' PER LA MEDICINA IN ASSOCIAZIONE

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

I dottori:

1.
nato aprov. il
residente a prov.
Via n. CAP
medico di assistenza primaria convenzionato con l'azienda sanitaria locale n.5 di Messina
codice regionale
2.
nato aprov. il
residente a prov.
Via n. CAP
medico di assistenza primaria convenzionato con l'azienda sanitaria locale n.5 di Messina
codice regionale
3.
nato aprov. il
residente a prov.
Via n. CAP
medico di assistenza primaria convenzionato con l'azienda sanitaria locale n.5 di Messina
codice regionale
4.
nato aprov. il
residente a prov.
Via n. CAP
medico di assistenza primaria convenzionato con l'azienda sanitaria locale n.5 di Messina
codice regionale

5.
nato aprov. il
residente a prov.
Via n. CAP
medico di assistenza primaria convenzionato con l'azienda sanitaria locale n.5 di Messina
codice regionale

C H I E D O N O

la corresponsione dell'indennità per la medicina in associazione (art. 59, lett. b), comma 4, accordo collettivo nazionale 23 marzo 2005).

A tal fine dichiarano (1), ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, di essere in possesso dei requisiti previsti dall'accordo collettivo regionale, reso esecutivo con decreto n. 1694 dell'8 agosto 2007, e di avere depositato, ai sensi di legge, l'atto costitutivo all'Ordine provinciale dei medici di Messina, registrato al prot. n. del

Si allega alla presente copia dell'atto costitutivo dell'associazione.

Data

Firme (2)

1)

2)

3)

4)

5)

(1) Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".

(2) Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000, la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**Da compilarsi esclusivamente a cura del medico
inserito successivamente alla costituzione dell'associazione**

Il dottore
nato aprov. il
residente a prov.
Via n. CAP
medico di assistenza primaria convenzionato con l'azienda sanitaria locale n.5 di Messina
codice regionale

D I C H I A R A (1)

Ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 di essere inserito nell'associazione di cui sopra a far data dal
.....

A tal fine chiede la corresponsione dell'indennità di medicina in associazione.

Data

Firma (2)

-
- (1) Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".
- (2) Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000, la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.