

DOMANDA DI REISCRIZIONE NEGLI ELENCHI DEI MEDICI CONVENZIONATI PER L'ASSISTENZA PRIMARIA (ex art. 1, comma 16, decreto legge n. 324/93, convertito nella legge n. 423/93)

All'Assessorato regionale della sanità
Dipartimento regionale assistenza
sanitaria ed ospedaliera - servizio 6°
Piazza Ottavio Ziino n.24
90145 PALERMO

Il sottoscritto Dott.
nato aprov.il
residente aprov.
Via n. CAP
Tel. cell. in servizio presso

C H I E D E

secondo quanto previsto dall'art.39, comma 8, dell'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale 23 marzo 2005, di essere iscritto negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria nell'ambito territoriale di dell'Azienda unità sanitaria locale n. di, individuato quale ambito carente alla data del 1° settembre 2007, nel quale era convenzionato per l'assistenza primaria fino alla data del, data in cui ha esercitato l'opzione ai sensi dell'art. 4, comma 7, della legge n. 412/91.

ACCLUDE

- Documentazione o dichiarazione sostitutiva atta a provare il possesso dei requisiti di cui all'art. 4, comma 7, legge n. 412/91.
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato D).
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data

Firma