

ALLEGATO "A"

**DOMANDA DI REISCRIZIONE NEGLI ELENCHI DEI MEDICI CONVENZIONATI
PER L'ASSISTENZA PRIMARIA
(ex art. 1 c.16 D.L. n. 324/93 convertito nella L.423/93)**

All'Assessorato Regionale alla Sanità
Dipartimento Regionale
Assistenza Sanitaria ed Ospedaliera
Servizio 6°
P.zza O.Ziino n.24
90145 – PALERMO

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ Via _____
tel. _____ cell. _____ in servizio presso _____

CHIEDE

secondo quanto previsto dall'art. 39 comma 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale dei medici di medicina generale 23/03/05, di essere reiscritto negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria nell'ambito territoriale di _____ dell'Azienda U.S.L. n. _____ di _____, individuato quale ambito carente alla data del 1°marzo 2008, 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 L.412/91.

ACCLUDE

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

Data _____

Firma _____