

OPZIONE ALIQUOTA CONTRIBUTIVA MODULARE

SPETT. LE ASL

Il/la sottoscritto/a Dott. /Dott.ssa _____

_____ nato/a a _____^{NOME}

il ____ / ____ / ____^{COGNOME} Codice ENPAM _____

Codice fiscale _____

tel. _____ cell. _____

e-mail _____

CONSAPEVOLE

- che i vigenti AA.CC.NN. prevedono per i professionisti appartenenti alle seguenti categorie
 - o assistenza primaria
 - o continuità assistenziale
 - o emergenza sanitaria territoriale
 - o pediatri di libera scelta

la possibilità di incrementare l'aliquota contributiva a proprio carico fino ad un massimo di cinque punti percentuali ferma restando la quota a carico dell'Azienda;

- che tale opzione deve essere esercitata al massimo **una volta l'anno** entro il **31 gennaio** dell'anno di riferimento del contributo;
- che in assenza di comunicazione di variazioni, **da presentarsi entro il suddetto termine**, l'aliquota prescelta rimane confermata anche per gli anni successivi;
- che l'opzione per l'aliquota contributiva modulare e le eventuali modifiche devono essere comunicate a tutte le ASL con le quali è in essere un rapporto convenzionale;

CHIEDE

di definire l'aliquota contributiva aggiuntiva a proprio carico nella misura del
(barrare con una "X" la casella corrispondente alla percentuale scelta)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1%	2%	3%	4%	5%

Data.....

Firma.....

N. B.: Il presente modello, debitamente compilato, deve essere trasmesso – unitamente alla copia di un documento d'identità in corso di validità – a tutte le ASL con le quali è in essere il rapporto convenzionale. Copia di tale domanda può essere trasmessa, per ogni utile verifica, alla FONDAZIONE E.N.P.A.M. – SERVIZIO CONTRIBUTI UFFICIO RISCOSSIONE FONDI SPECIALI – VIA TORINO 38, 00184 ROMA, allegando la fotocopia della ricevuta della raccomandata inviata alla ASL ovvero, se consegnata a mano, indicando il numero di protocollo di registrazione.