

SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DELLA DOMANDA DI RICHIESTA DELLA CORRESPONSIONE DELL'INDENNITA' DI COLLABORAZIONE DI STUDIO MEDICO

(da trasmettere a mezzo raccomandata a.r.)

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

Il/La sottoscritto/a Dott. (cognome e nome)
nato/a a (Prov.) il
e residente in (Prov.)
Via n. c.a.p.
tel./..... cell. e-mail
medico di assistenza primaria convenzionato con codesta Azienda Sanitaria Provinciale con
codice regionale

C H I E D E

il riconoscimento della indennità di collaborazione di studio medico, secondo quanto previsto dell'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale sottoscritto dalla Conferenza Stato-Regioni in data 29 luglio 2009, come rinnovato in data 8 luglio 2010 e secondo le indicazioni contenute nell'accordo regionale di assistenza primaria, di cui al decreto del 6 settembre 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana n.45 del 15 ottobre 2010.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 T.U. – DPR 445/2000),

D I C H I A R A

ai sensi e agli effetti dell'art.46 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa:

1. di essere convenzionato/a per l'assistenza primaria dal
2. di utilizzare un collaboratore di studio professionale assunto secondo il contratto nazionale dei dipendenti degli studi professionali;
3. di aver assunto il predetto collaboratore in data

Chiede, infine, che ogni comunicazione relativa alla presente istanza venga fatta pervenire presso:

- la propria residenza
 l'indirizzo sotto indicato:

Via n.
Comune (prov.) CAP

addì,

.....

Firma