

**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 F.S.R. - servizio 8°  
Piazza Ottavio Ziino n.24  
90145 PALERMO

Il sottoscritto Dott. ....  
nato a ..... prov. .... il .....  
residente a ..... prov. ....  
Via ..... n. .... CAP .....  
Tel. .... cell. .... In servizio presso .....

**C H I E D E**

secondo quanto previsto dall'art.25, comma 7, dell'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale, reso esecutivo con D.P.R. n.270/2000, 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 2002, 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 .....