

**DOMANDA DI REISCRIZIONE NEGLI ELENCHI DEI MEDICI CONVENZIONATI
PER L'ASSISTENZA PRIMARIA**

(ex art. 1, comma 16, del 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 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 marzo 2005, di essere reinscritto 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° marzo 2006, 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 _____