

SCHEMA DI DOMANDA DI INDENNITA'
PER LA FORMA MISTA DI ASSOCIAZIONE

Al Direttore Generale
Azienda Unità Sanitaria Locale n.

I dottori:

1).....
nato a il.....
residente in Provincia.....
Via.....
Medico di assistenza primaria convenzionato con l'azienda sanitaria locale n.....di.....
Codice regionale.....

2).....
nato a il.....
residente in Provincia.....
Via.....
Medico di assistenza primaria convenzionato con l'azienda sanitaria locale n.....di.....
Codice regionale.....

3).....
nato a il.....
residente in Provincia.....
Via.....
Medico di assistenza primaria convenzionato con l'azienda sanitaria locale n.....di.....
Codice regionale.....

4).....
nato a il.....
residente in Provincia.....
Via.....
Medico di assistenza primaria convenzionato con l'azienda sanitaria locale n.....di.....
Codice regionale.....

5).....
nato a il.....
residente in Provincia.....
Via.....
Medico di assistenza primaria convenzionato con l'azienda sanitaria locale n.....di.....
Codice regionale.....

Chiedono

La corresponsione dell'indennità per la forma mista di associazione (art.17, comma 5, accordo collettivo regionale).

A tal fine dichiarano (1), ai sensi del D.P.R. n.445/2000, di essere in possesso dei requisiti previsti dall'accordo collettivo regionale, reso esecutivo con decreto n. 1694 dell'8 agosto 2007, e di aver depositato, ai sensi di legge, l'atto costitutivo all'ordine provinciale dei medici di

Prot. N. del

Si allega alla presente copia dell'atto costitutivo dell'associazione.

Data

Firma

(1) Ai sensi dell'art.76,comma 1 D.P.R. n.445/2000 "chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

(2) Ai sensi dell'art.38, comma 3 del D.P.R. n. 445/2000 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.