

SCHEMA DI DOMANDA DI INDENNITA'  
PER LA MEDICINA IN RETE

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 medicina di gruppo (art.59,lett.b,comma4, accordo collettivo nazionale 23 marzo 2005).

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 ..... del .....

Prot. N. .... del .....

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

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**Da compilarsi esclusivamente a cura del medico inserito successivamente alla costituzione dell'associazione**

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

Dichiara (1)

Ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 di essere inserito nell'associazione di cui sopra a far data dal .....

A tal fine chiede la corresponsione dell'indennità di medicina di gruppo.

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.