

RICHIESTA DELLA CORRESPONSIONE DELL'INDENNITA' DI COLLABORAZIONE DI STUDIO MEDICO (*)

Al Direttore Generale dell'A.S.P. n.5
Via La Farina, n.263/N
98124 MESSINA

p.c. FIMMG sede Provinciale di Messina
Via Centonze 182
98123 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

CHIEDE

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),

DICHIARA

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

Allega fotocopia documento identità

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

Messina

Firma

.....

* inviare agli indirizzi sopra riportati con raccomandata R. R.