

Assessorato Regionale alla Sanità
Settore Medicina Generale
Gruppo VIII
Piazza O. Ziino
90145 PALERMO

Direttore Generale Azienda USL n.
Via _____

e, p.c. SNAMI Sezione Provinciale di Catania
Via F. Fusco 3
95123 CATANIA

Oggetto: Incentivi per il miglioramento della qualità delle prestazioni (art. 45 DPR 28/07/2000 n. 270).-

Il sottoscritto Dott. _____ medico di Medicina Generale in
atto operante nel distretto di _____ con codice regionale _____ e
studio medico in _____ via _____

C H I E D E

la corresponsione, a partire dal (*) _____ dell' **INDENNITÀ DI PERSONALE
INFERMIERISTICO.**

A tal proposito dichiara di essere in possesso dei requisiti previsti dall'art. 45 comma B 5 DPR n. 270/2000.

Distinti Saluti

Data

(Timbro Regionale e Firma)

(*) e comunque non antecedente al 01/01/1998