

Allegato B

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

Al Direttore Generale dell'Azienda sanitaria provinciale n. 3 di Catania

I dottori:

1), nato a il,
residente in, provincia, via
medico di assistenza primaria convenzionato con l'ASP n. 3 di Catania, cod. reg.;

2), nato a il,
residente in, provincia, via
medico di assistenza primaria convenzionato con l'ASP n. 3 di Catania, cod. reg.;

3), nato a il,
residente in, provincia, via
medico di assistenza primaria convenzionato con l'ASP n. 3 di Catania, cod. reg.;
codice regionale

4), nato a il,
residente in, provincia, via
medico di assistenza primaria convenzionato con l'ASP n. 3 di Catania, cod. reg.;

5), nato a il,
residente in, provincia, via
medico di assistenza primaria convenzionato con l'ASP n. 3 di Catania, cod. reg.;

CHIEDONO la corresponsione dell'indennità per la forma mista di associazione (art. 1, comma 8, punto d, dell'accordo integrativo 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 del 6 settembre 2010, e di avere depositato, ai sensi di legge, l'atto costitutivo all'Ordine provinciale dei Medici di Catania, prot. n. del

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

- Si precisa, altresì di avere non avere presentato analoga domanda all'ultimo bando previsto dall'AIR 2007

Data

Firme (2)

.....

Note:

(1) Ai sensi dell'art. 76, comma 1 del D.P.R. n. 445/2000 "chiunque rilascia 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.