

RACCOMANDATA A.R.

Al Direttore Generale
dell' Azienda Sanitaria Provinciale n.3
Via Santa Maria La Grande 5
98131 - CATANIA

OGGETTO: RICHIESTA DELLA CORRESPONSIONE DELL'INDENNITA' DI COLLABORAZIONE DI STUDIO
MEDICO

Il/La sottoscritto/a Dott.
nato/a a (Prov.) il
e residente in (Prov.)
Via n. c.a.p.
tel. / cell. e-mail
medico di assistenza primaria conv. con codesta ASP con cod. reg.

C H I E D E

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),

D I C H I A R A

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
4. *di avere già presentato analoga domanda ed essere già inserito nella ultima graduatoria stilata da codesta ASP (AIR 2007)*

Catania, _____

Firma

*Cancellare il punto 4. se il medico non ha mai presentato domanda