

RICHIESTA DELLA CORRESPONSIONE DELL'INDENNITA' INFERMIERE PROFESSIONALE (*)

*Al Direttore Generale
Azienda Sanitaria Provinciale di
Enna, Viale Diaz 7/9*

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'art. 59, lett.B, comma 6 dell'Accordo Collettivo Nazionale dei Medici di Medicina Generale del 29 luglio 2009 e ss.mm.ii. 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 infermiere professionale all'interno del proprio studio medico;
3. di aver assunto il predetto infermiere in data

Acclude

- copia fotostatica di un documento di identità;
- copia del contratto di lavoro;
- buste paga, certificazione UNILAV o attestazione rilasciata dal commercialista o consulente del lavoro, relativa all'anno in corso, da cui si evince il livello e le mansioni del collaboratore secondo i contratti degli studi professionali e la eventuale continuità.

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

Enna

Firma

.....