

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

Al direttore Responsabile del DSB n.
ASL SALERNO
Via S. Giordano, 7 - 84014 Nocera Inferiore (SA)

e p.c. Al Direttore Generale dell'A.S.L. SALERNO
Via Nizza, 146
84124 Salerno

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa (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 Locale con
codice regionale

CHIEDE

il riconoscimento della indennità di **COLLABORATORE 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 all'AIR 2013, pubblicato nel BURC n.46 del 22 agosto 2013

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 medico** assunto secondo il contratto nazionale dei dipendenti degli studi professionali;
3. di aver assunto il predetto collaboratore in data

Allega fotocopia documento identità
Allega contratto di assunzione/collaborazione

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
Luogo
Data Firma