

OGGETTO: Riconoscimento indennità di Associazionismo

Il/la sottoscritto/a Dott/ssa \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

E residente in \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ CELL \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Medico di assistenza primaria convenzionato con l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, cod. reg.  
n° \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

L'inserimento nella Graduatoria ai fini della corresponsione della indennità di ASSOCIAZIONISMO, ai sensi dell'Avviso di interesse pubblicato sul sito aziendale.

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. - D.P.R. 445/2000)

#### DICHIARA

Ai sensi ed agli effetti dell'art. 46 del DPR n. 445 del 28/12/2000 recate 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 essere inserito in associazione a far data dal \_\_\_\_\_

S allegano i seguenti documenti:

- Atto costitutivo di integrazione o nuova costituzione, riportante gli estremi di protocollo dell'Ordine dei Medici, completo di tabella oraria di tutti i Medici dell'associazione debitamente sottoscritta dagli stessi.
- Certificazione di rete rilasciata dal gestore dei servizi informatici
- Copia documento di identità del medico istante e di tutti i Medici facenti parte dell'Associazione

Chiede, infine, che ogni comunicazione relativa alla presente istanza venga fatta pervenire presso l'indirizzo P.E.C. sopra indicato

DATA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA