

OGGETTO: Riconoscimento indennità di collaboratore di studio medico

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 collaboratore di studio medico, 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 utilizzare un collaboratore di studio professionale, assunto secondo il contratto nazionale di lavoro per la categoria o fornito da società, cooperative o associazioni di servizio, assunto dal _____

S allegano i seguenti documenti:

- Contratto UNILAV di assunzione del collaboratore di studio
- Copia documento di identità del sottoscritto Dott. _____
- Copia documento di identità del Collaboratore di Studio Sig./Sig.ra _____
- Ultimo cedolino paga del collaboratore di studio

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

DATA

FIRMA