

DOMANDA PER L'ATTRIBUZIONE DELLA INDENNITA' DI COLLABORATORE DI STUDIO AI MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA

(Regione Lazio - Decreto del Commissario ad Acta 22 dicembre 2017, n. U00565)

MODELLO D

Alla Direzione Generale
Della ASL _____

Alla U.O./Ufficio Personale Conv.
ASL _____ Distretto _____

Oggetto: riconoscimento ed attribuzione dell'indennità di collaboratore di studio medico.

Il/la sottoscritto/a dott / ssa. _____ convenzionato con codesta ASL
per la Assistenza Primaria, Distretto _____ Cod. Reg. _____ con studio in _____
_____ Via _____ n. _____ Cap _____

CHIEDE

ai sensi dell'Accordo sottoscritto tra la Regione Lazio e le OO.SS. dei Medici di Medicina generale avente per oggetto "La nuova sanità nel Lazio: Obiettivi di salute e Medicina d'iniziativa", recepito con Decreto del Commissario ad Acta 22 dicembre 2017 n. U00565, e ai sensi dell'art. 59 dell'Accordo Collettivo Nazionale e dell'Art. 28 e della Norma Finale 8 dell'Accordo Integrativo Regionale 2006, il riconoscimento e l'attribuzione dell'indennità di collaboratore di studio.

A Tal fine , consapevole delle responsabilità penali derivanti da dichiarazioni mendaci, sotto la mia personale responsabilità

DICHIARA

- 1) di essere convenzionato per l'assistenza primaria dal _____
- 2) di avvalersi presso il proprio Studio di un collaboratore di studio, con contratto di assunzione di personale di livello _____ per un totale di ore settimanali _____
- 3) che il suddetto contratto decorre dal _____
- 4) che il numero dei propri assistiti è _____

- 5) di essere consapevole che in caso di dichiarazione non veritiera, o di omessa comunicazione delle modifiche eventualmente intervenute nel rapporto di lavoro oggetto della presente, verrà sospesa la corresponsione della indennità.
- 6) di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione delle condizioni di assunzione precedentemente citate.

Dichiara inoltre di **appartenere** * alla seguente forma associativa:

- Medicina in rete
- Medicina di Gruppo
- UCP

Oppure :

- Di **non appartenere** a nessuna forma associativa né a UCP.

data

Firma

*barrare la casella relativa alla voce che interessa