

segreteria.distrettoc@asl.vt.it

direzione.cureprimarie@asl.vt.it

alessandro.mecarini@asl.vt.it

Lo scrivente dott. _____

(Inserire cellulare e mail) _____

In riferimento alla nota prot. 51667 della UOC Politiche e Gestione delle Risorse Umane dichiara sotto la propria responsabilità che come indicato nel DGR 852 del 17 novembre 2020 **ha eseguito ed esegue** tamponi antigenici

dal *(inserire la data di inizio)* / /

nel proprio studio o in altro studio con spese a proprio carico

per cui doveva essere remunerato con il compenso di 18,00 euro per ogni tampone e non 12,00 come invece accaduto.

Si chiede pertanto di provvedere all'integrazione così come richiesto dalla O.S. FIMMG VT nella mail del 26/06/2021.

N.B. Qualora l'attività sia stata effettuata in sede ASL o in altre sedi a carico ASL non compilare questo modulo.

TIMBRO E FIRMA