

**DOMANDA DI REISCRIZIONE NEGLI ELENCHI DEI MEDICI CONVENZIONATI PER L'ASSISTENZA PRIMARIA (ex art. 1, comma 16, decreto legge n. 324/93, convertito nella legge n. 423/93)**



All'Assessorato regionale della sanità  
Dipartimento regionale per la  
pianificazione strategica  
Servizio 2°  
Piazza Ottavio Ziino n.24  
90145 PALERMO

Il sottoscritto Dott. ....  
nato a .....prov. ....il .....  
residente a ..... prov. ....  
Via ..... n. .... CAP .....  
Tel. .... cell. .... in servizio presso .....  
.....

**C H I E D E**

secondo quanto previsto dall'art.39, comma 8, dell'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale 29 luglio 2009, di essere iscritto negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria nell'ambito territoriale di ..... dell'Azienda sanitaria provinciale n. .... di ....., individuato quale ambito carente alla data del 1° settembre 2010, nel quale era convenzionato per l'assistenza primaria fino alla data del ....., data in cui ha esercitato l'opzione ai sensi dell'art. 4, comma 7, della legge n. 412/91.

**ACCLUDE**

- Documentazione o dichiarazione sostitutiva atta a provare il possesso dei requisiti di cui all'art.4, comma 7, legge n. 412/91 (allegato A1).
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato D).
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data .....

Firma .....