

SCHEMA DI DOMANDA DI INDENNITA'
PER LA FORMA MISTA DI ASSOCIAZIONE

Al Direttore Generale
Azienda Sanitaria Provinciale di

I dottori:

- 1).....
nato a il.....
residente in Provincia.....
Via.....
Medico di assistenza primaria convenzionato con l'azienda sanitaria locale n.....di.....
Codice regionale.....
- 2.).....
nato a il.....
residente in Provincia.....
Via.....
Medico di assistenza primaria convenzionato con l'azienda sanitaria locale n.....di.....
Codice regionale.....
- 3)
nato a il.....
residente in Provincia.....
Via.....
Medico di assistenza primaria convenzionato con l'azienda sanitaria locale n.....di.....
Codice regionale.....
- 4)
nato a il.....
residente in Provincia.....
Via.....
Medico di assistenza primaria convenzionato con l'azienda sanitaria locale n.....di.....
Codice regionale.....
- 5)
nato a il.....
residente in Provincia.....
Via.....
Medico di assistenza primaria convenzionato con l'azienda sanitaria locale n.....di.....
Codice regionale.....

Chiedono

La corresponsione dell'indennità per la forma mista di associazione.

A tal fine dichiarano (1), ai sensi del D.P.R. n.445/2000, di essere in possesso dei requisiti previsti dall'accordo collettivo regionale, reso esecutivo con decreto pubblicato il 15 ottobre 2010, e di aver depositato, ai sensi di legge, l'atto costitutivo all'ordine provinciale dei medici di
Prot. N. del

Si allega alla presente copia dell'atto costitutivo dell'associazione.

Data

Firma

- (1) Ai sensi dell'art.76, comma 1 D.P.R. n.445/2000 "chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.
(2) Ai sensi dell'art.38, comma 3 del D.P.R. n. 445/2000 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.