

Codice Associazione

Al Coordinamento Area Territoriale Trapani

E, p.c. Al Direttore del Distretto di _____

DICHIARAZIONE RICHIESTA INDENNITÀ ASSOCIAZIONISMO

FORMA ASSOCIATIVA					☐ COSTITUZIONE	☐ REITERO
☐ GRUPPO COMPLESSO	☐ GRUPPO	☐ MISTA	☐ RETE	☐ ASSOCIAZIONE SEMPLICE		

Il sottoscritto dott. /ssa _____ cod. reg. _____
convenzionato per l'ambito territoriale/distretto di _____
nella qualità di referente dell'associazione il cui atto costitutivo è stato protocollato

Ordine dei Medici di TRAPANI	N°		Data	
------------------------------	----	--	------	--

Ai sensi dell'art.1 dell'AIR 2010, comunica che detta associazione è composta da:

ELENCO MEDICI (compreso il referente)				
C.R.	COGNOME	NOME	Prot. O.M.	Data

☐ 1. **Chiede** l'accesso all'indennità prevista dalla dall'A.I.R. 2010 D.A. 06/09/2010.

Si allega:

- 1) copia dell'atto costitutivo protocollato all'O.M.;
- 2) elenco dei componenti dell'associazione con riferimenti dello studio (ubicazione, telefono, orario dedicato all'attività di associazione).

☐ 2. **Reitera** la richiesta, già avanzata, per l'accesso all'indennità prevista dalla dall'A.I.R. 2010 D.A. 06/09/2010, e **DICHIARA di aver già consegnato i documenti di cui ai precedenti punti 1) e 2).**

Chiede, pertanto, che i componenti dell'associazione vengano ammessi all'indennità specifica prevista per tale istituto dall'art. 1 con le modalità e nei limiti previsti.

Consapevole, secondo quanto prescritto dall'art.76, comma 1, del DPR n.445/2000 delle responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, rende e sottoscrive la presente DICHIARAZIONE:

Data _____

Timbro e Firma _____
(allegare copia del documento d'identità)