

Al Coordinamento Area Territoriale Trapani
E, p.c. Al Direttore del Distretto di _____

**DOMANDA DI INDENNITÀ PER
COLLABORATORE DI STUDIO MEDICO / COLLABORATORE INFERMIERISTICO**

Il sottoscritto dott. /ssa _____ cod. reg. _____
nato/a a _____ il _____ medico
convenzionato per l'ambito territoriale/distretto di _____
tel. _____ cell. _____

DICHIARA

- a) Di utilizzare personale collaboratore dal _____ per un periodo complessivo di anni _____ e mesi _____;
b) Di essere convenzionato come MMG/PLS dal _____;

CHIEDE

☐ PLS Ai sensi dell'art.58 dell'A.C.N. 2009

☐ MMG Ai sensi dell'art.59 dell'A.C.N. 2009

LA CORRESPONSIONE DELL'INDENNITÀ DI:

☐ COLLABORATORE STUDIO MEDICO.

☐ COLLABORATORE INFERMIERISTICO.

Acclude:

- 1) copia fotostatica di un documento di identità del dichiarante in corso di validità;
- 2) documentazione (foglio lavoro o certificazione INPS o attestazione rilasciata dal commercialista o consulente del lavoro) attestante il periodo di anzianità complessiva di assunzione del dipendente in argomento.

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)