

SCHEMA DI DOMANDA DI INDENNITÀ COLLABORATORE INFERMIERISTICO

*Al direttore generale Azienda sanitaria provinciale
di _____ Regione siciliana*

Il/la sottoscritto/a dr. nato/a a
..... il medico specialista pediatra di libera scelta convenzionato con
l'Azienda Sanitaria Provinciale di cod. reg., Distretto (o ex
distretto se ambito metropolitano) tel. cell.

Chiede

ai sensi dell'art. 58 dell'ACN 2009 per la Pediatria, la corresponsione dell'indennità di collaboratore infermieristico.

Acclude

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

Data firma

N.B. L'istanza dovrà essere presentata, con i relativi allegati in originale, tramite raccomandata A/R o brevi manu all'ufficio protocollo dell'azienda sanitaria provinciale.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il/la sottoscritto/a dr. nat....
a il ai sensi dell'art. 47
del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

Dichiara

a) di utilizzare personale di cui all'art. 13 comma 3 dell' dell'A.I.R .di Pediatria 2011
dal, per un periodo complessivo di anni..... e mesi.....

b) di essere convenzionato per la pediatria di libera scelta dal

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero ⁽¹⁾.

Data..... firma ⁽²⁾ (non soggetta ad autenticazione)

⁽¹⁾ Ai sensi dell'art. 76, comma 1 del D.P.R. n. 445/00, chiunque rilascia documentazioni mendaci, forma atti falsi 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. 445/00, la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.