

PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

MODELLO DI DOMANDA DI INDENNITÀ PER COLLABORATORE DI STUDIO MEDICO

Al Direttore Generale Azienda Sanitaria Provinciale CT
Via S.Maria La Grande 5
Catania

Il/la sottoscritt dr.
nat ail
medico specialista pediatra di libera scelta convenzionato con l'Azienda Sanitaria Provinciale di
.....cod. reg., distretto (o ex distretto se ambito
metropolitano)tel.
cell. p.e.c..... e-mail.;

Chiede

ai sensi dell'art. 58 dell'A.C.N. 2009 per la pediatria, la corresponsione dell'indennità di
collaboratore di studio medico .

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 consegnata all'ufficio protocollo generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il/la sottoscritt 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 2, dell'A.I.R. di Pediatria 2011 dal per un periodo complessivo di annie 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.

MODELLO DI ATTESTAZIONE DEL COMMERCIALISTA / CONSULENTE DEL LAVORO

Dott.....codice fiscale

Dottore commercialista

partita IVARevisore contabile n.

Studio:

Residenza:

Il sottoscritto dott., dottore

commercialista con studio inin via

.....dichiara che dagli atti in suo possesso il

proprio assistito dott.medico pediatra, con studio in

.....in via

C.F.codice regionale, ha avuto alle

proprie dipendenze i seguenti lavoratori:

• sig./sig.radalal

con contratto part time diore settimanali C.C.N.N. applicato: studi professionalilivello;

• sig./sig.radalal

con contratto part time diore settimanali C.C.N.N. applicato: studi professionalilivello;

• sig./sig.radalal

con contratto part time diore settimanali C.C.N.N. applicato: studi professionali livello;

Timbro e firma