

DOMANDA PER L'ATTRIBUZIONE DELLA INDENNITA' DI COLLABORATORE DI STUDIO AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

(Regione Lazio - Decreto del Commissario ad Acta 22 dicembre 2017, n. U00565)

Alla U.O. Personale a Convenzione
ASL _____

Oggetto: riconoscimento ed attribuzione dell'indennità di collaboratore di studio medico.

Il sottoscritto dott/ssa. _____, convenzionato con codesta ASL per la Assistenza Primaria, Distretto _____ Cod. Reg. _____, con studio in _____ via _____ n. _____ Cap. _____ Tel. _____

DICHIARA

di essere stato autorizzato dalla ASL a svolgere la propria attività professionale:

- come Medico singolo
- come membro di forma associativa ai sensi Art. 54 dell'Accordo Collettivo Nazionale (Medicina di Gruppo - Medicina di Rete)
- come membro di Unità di Cure Primarie

CHIEDE

ai sensi dell'art. 2 comma a dell'Accordo sottoscritto tra la Regione Lazio e le OO.SS. dei Medici di Medicina generale avente per oggetto "La nuova sanità nel Lazio: Obiettivi di salute e Medicina d'iniziativa", recepito dalla Giunta Regionale con Decreto del Commissario ad Acta 22 dicembre 2017 n. U00565, e ai sensi dell'art. 59 dell'Accordo Collettivo Nazionale e dell'Art. 28 e della Norma Finale 8 dell'Accordo Integrativo Regionale 2006, il riconoscimento e l'attribuzione dell'indennità di collaboratore di studio.

A tal fine dichiara:

- 1) di aver un collaboratore di studio, con contratto di assunzione di personale di livello _____ per un minimo di 10 ore settimanali;
- 2) la data di decorrenza di tale contratto è _____ ;
- 3) il numero dei propri assistiti è _____ .

In fede

Data _____

Firma _____