

ASZ con RTE/PLS

Da inviare unicamente all'ASL di competenza da parte di ogni medico interessato

Al Comitato Aziendale ex Art.23 ACN 15/12/05

ASL n..... di

Il sottoscritto medico pediatra di libera scelta Dott.

con n. di assistiti in carico già riunito in forma associativa denominata Associazione

con i seguenti studi medici:

Cognome e Nome PLS	Assistiti in carico	e-mail
1).....
2).....
3).....
4).....
5).....
6).....
7).....
8).....
9).....
10).....

dichiara

di aver provveduto in data alla realizzazione del collegamento informatico e

alla conseguente attivazione della **Rete** con gli studi medici di seguito indicati:

Cognome e Nome PLS	Assistiti in carico	e-mail
1).....
2).....
3).....
4).....
5).....
6).....
7).....
8).....
9).....
10).....

e, pertanto, costituendo tale collegamento informatico una rete tra gli studi associati in **misura maggiore del 50%**,

chiede

a far data dalla presente attivazione, l'adeguamento del relativo beneficio economico ai sensi dell'art.12, comma 2, della D.G.R. n°75-4317 del 13/11/06,

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente ogni eventuale successiva variazione in merito al possesso dei requisiti sopra dichiarati.

Luogo e data _____ firma del dichiarante _____
(non richiede autentica)

Il medico pediatra della forma associativa a cui inviare le comunicazioni di merito è il seguente:

Dr..... ASL di competenza n..... di
Via
Città Prov..... Cap.....
Indirizzo e-mail

*La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, oppure sottoscritta e inviata unitamente alla fotocopia del documento di identità via fax, a mezzo posta ordinaria o elettronica o tramite un incaricato (art. 38 D.P.R. 445/2000).

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 10 L.675/96 E SMI (PRIVACY): I dati contenuti nella presente dichiarazione sono previsti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento amministrativo e verranno utilizzati esclusivamente allo scopo per il quale essi sono richiesti.