

**ISTANZA CONTENENTE
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art.38 e Art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445)**

Il/la sottoscritto Dottor

cognome nome.....

nato/a a (prov.....) il

residente in.....(prov.....) (Cap.....) via..... n°

titolare di incarico a rapporto convenzionale per la Medicina Generale con l'ASL n.....

di con n° di assistiti in carico indirizzo e-mail.....

CHIEDE

ai sensi dell'art.6, commi 4 e segg. della DGR n.28-2690 del 24/4/06, l'ottenimento dei benefici economici ex art.59, lett.B, comma 6, ACN per la Medicina Generale del 23/3/05 (Collaboratore studio medico) per i quali, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dei benefici ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

di avvalersi dei seguenti requisiti normativi (barrare le voci interessate):

utilizzo collaboratore studio con C.C.N. degli studi professionali con Cat. _____

utilizzo collaboratore studio fornito da Società, Cooperative o Associazioni di servizio

utilizzo collaboratore studio in forma associata (Gruppo/Associazione/Rete) con i seguenti medici
(barrare con una croce la voce che interessa)

Dottori _____ per n. totale assistiti in carico _

(da escludere il n. degli assistiti proprio già sopra

riportato)

altro (specificare) _____

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)

***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).**