

DOMANDA PER L'ATTRIBUZIONE DELLA INDENNITA' DI COLLABORATORE DI STUDIO AI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Alla Direzione Generale
Della ASL _____

ALL'UO Personale a Convenzione.
ASL _____ Distretto _____

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

Il/la sottoscritto/a dott / ssa. _____ convenzionato con codesta ASL
per la Pediatria di libera scelta, Distretto _____ Cod. Reg. _____ con
studio in _____ Via _____ n. _____
Cap _____
Telefono _____ mail _____
Pec _____

CHIEDE

Il riconoscimento e l'attribuzione dell'indennità di collaborazione di studio medico, secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale della pediatria di libera scelta del 2005 e s.m.i. e le indicazioni contenute nell'Accordo Integrativo recepito con DCA n.U00187 del 14 maggio 2018 e del protocollo di Intesa sottoscritto in data

A tal fine, ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 46, 47 e 76 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali derivanti da dichiarazioni mendaci, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

- 1) di essere convenzionato per la pediatria di libera scelta dal _____
- 2) che a decorrere dal _____ si avvale della collaborazione di un collaboratore di studio con compiti di segreteria
- 3) che il collaboratore di Studio è stato assunto direttamente
 opera in virtù di accordi con terzi (agenzie interinali o contratto con società)
- 4) che il rapporto di lavoro instaurato con il suddetto collaboratore prevede un impegno orario di n. _____ ore settimanali

- 5) di essere consapevole che in caso di dichiarazione non veritiera, o di omessa comunicazione delle modifiche eventualmente intervenute nel rapporto di lavoro oggetto della presente, verrà sospesa la corresponsione della indennità
- 6) che si impegna a comunicare a Regione e ASL tempestivamente qualsiasi variazione delle condizioni di assunzione precedentemente citate;
- 7) di essere consapevole che ai fini dell'attribuzione delle indennità per il collaboratore di studio integrative rispetto a quanto previsto dal DCA 187/2018 e per le indennità per il personale infermieristico, integrative rispetto all'ACN del 2005 costituisce criterio preferenziale lo svolgimento dell'attività di testing concordata presso il proprio studio;

- Copia del contratto di lavoro con data di assunzione
- Ovvero certificazione della società o cooperativa fornitrice del servizio, attestante la data di inizio del rapporto lavorativo

data _____

Firma _____