

**DOMANDA PRELIMINARE PER L'ATTRIBUZIONE DELLA INDENNITA' DI
PERSONALE INFERMIERISTICO AI PLS**

Alla Direzione Generale
Della ASL _____

ALL'UO Personale a Convenzione.
ASL _____ Distretto _____

Oggetto: domanda preliminare di riconoscimento ed attribuzione dell'indennità di personale infermieristico

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

In via preliminare il riconoscimento e l'attribuzione dell'indennità di personale infermieristico, secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale dei medici 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 _____

3) Dichiaro:

- di aver partecipato alla CVA-CVAP 20/21 presso il proprio studio medico;
 di non aver partecipato alla CVA-CVAP 20/21 presso il proprio studio medico;

4) Dichiaro, inoltre:

- di appartenere alla forma associativa UCPP

oppure altra forma associativa

- Medicina in associazione
- Medicina di Gruppo

di non appartenere a nessuna forma associativa né UCPP.

(barrare la voce che interessa)

di aver in carico n° assistiti _____

5) 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;

data _____

Firma _____