

**DOMANDA PER L'ATTRIBUZIONE DELLA INDENNITA' DI COLLABORATORE DI STUDIO AI MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA**

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 Assistenza Primaria, 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 dei medici di medicina generale sottoscritto dalla Conferenza Stato regioni in data 29 luglio 2009, e s.m.i. e secondo le indicazioni contenute nell'Accordo Integrativo per la medicina generale sottoscritto in data 22 dicembre 2017 (DCA U00565) e pubblicato sul BUR del Lazio del 11 gennaio 2018 n.4, 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 l'assistenza primaria 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) Dichiaro inoltre di **appartenere /non appartenere \*** alla seguente forma associativa:
- Medicina in rete
  - Medicina di Gruppo
  - UCP Complessa con sede nel mio studio
  - UCP complessa con sede in altro studio

\*Cancellare la voce che non interessa

Oppure:

- Di **non appartenere** a nessuna forma associativa né a UCP.

e di aver in carico n° assistiti \_\_\_\_\_

Di aver presentato manifestazione di interesse per l'esecuzione dei test rapidi  sì  no

Allego:

- 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 \_\_\_\_\_

- 1) **Norma Finale n. 8 AIR recepito con DGR 229/2006:** Come previsto dall'ACN art. 59 comma 6 la corresponsione dell'indennità di collaboratore di studio, avverrà in caso di assunzione di personale assunto secondo il contratto nazionale dei dipendenti degli studi professionale (4° livello o superiore) e/o fornito da società cooperative ed associazioni di servizio.  
Il personale assunto con il contratto di lavoro dipendente e/o fornito da società di servizio, al fine dell'erogazione della prevista indennità dovrà assicurare un numero di ore settimanali lavorative non inferiore a 10 (dieci) ed un trattamento economico non inferiore ai minimali previsti dal 4° livello o 4° livello superiore del CCNL dei dipendenti degli studi professionali.  
Potrà essere parimenti riconosciuto ogni altro contratto stipulato nel rispetto della normativa vigente e che preveda una corresponsione di emolumenti pari alla somma sopra citata e una modalità oraria compatibile con quella sopra indicata.  
La corresponsione dell'indennità di cui all'art. 59 dell'ACN comma 6 non dovrà comunque essere percepita in misura superiore all'onere effettivamente sostenuto dal medico per il proprio collaboratore.
- 2) Ai fini del riconoscimento dell'indennità costituirà titolo preferenziale l'appartenenza ad una forma associativa complessa e l'adesione alla manifestazione di interesse per l'esecuzione dei test rapidi, con precedenza in base alla data di decorrenza del contratto.