

**DOMANDA PER L'ATTRIBUZIONE DELLA INDENNITA' DI PERSONALE  
INFERMIERISTICO AI MEDICI DI ASSISTENZA  
PRIMARIA**

Alla Direzione Generale  
Della ASL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ALL'UO Personale a Convenzione.  
ASL \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_

**Oggetto:** riconoscimento ed attribuzione dell'indennità di personale infermieristico

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 personale infermieristico, 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 ai sensi 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 infermiere professionale
- 3) che l'infermiere professionale  è stato assunto direttamente  
 è opera in virtù di accordi con terzi (agenzie interinali o contratto con società)
- 4) che il rapporto di lavoro instaurato con il suddetto infermiere 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 9 AIR recepito co DGR 229/2006:**Come previsto dall'ACN art 59 comma 7 ai medici di assistenza primaria che utilizzano un infermiere professionale assunto secondo il relativo contratto nazionale per la categoria , fornito da società cooperative o associazioni di servizio o comunque utilizzato secondo specifiche autorizzazioni aziendale , o altre modalità contrattuali di assunzione previste dalla normativa nazionale vigente è corrisposta una quota di € 4,00 ad assistito nella misura massima del 3% della popolazione residente nella regione Lazio.  
**Tale infermiere professionale non potrà essere assunto per un numero inferiore a ore 1 ogni 200 assistiti (es. 5 ore settimanali per mille assistiti).**
- 2) Ai fini del riconoscimento dell'indennità costituisce 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.