MODULO B

DOMANDA DI ADESIONE ALL'ANTICIPO DELLA PRESTAZIONE PREVIDENZIALE (APP)

(da presentare entro il 31 dicembre)

All'	Azienda USL	
	PEC	
Il/La sottoscritto/a		_ nato/a
a	(prov _)
il, Codice Fiscal	le _ _	_ _
Comune di residenza	(prov	·)
Indirizzo	n°CAP	
Telefono	e-mail	
PEC		
titolare di incarico convenzionale a tempo	oo indeterminato di medico del ruolo unico di ass	istenza
primaria a ciclo di scelta	DICHARA	
di la soutiCaraita DNDAM calati	DICHIARA	
	civa al possesso dei requisiti per l'Anticipo di Pres	
	to prot. n° del/(c	opia in
allegato);		
 di essere disponibile alla riduzione dell 	ll'attività convenzionale in misura pari al	%
(da un minimo del 30% fino ad un mass	ssimo del 70%);	
– di essere a conoscenza che la scelta ha d	carattere vincolante per un anno;	
- di avere n° assistiti in car	rico (alla data odierna);	
	CHIEDE	
di essere inserito nell' "Elenco APP dei mo	nedici titolari" di codesta Azienda USL.	
Luogo e data	Firma	

Ai fini della validità la dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato e inviata insieme alla copia fotostatica di un valido documento d'identità del dichiarante.