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 Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Comune di residenza _____ (prov_____)

Indirizzo _____n°_____ CAP_____

Telefono_____ e-mail _____

PEC _____

titolare di incarico convenzionale a tempo indeterminato di pediatra di libera scelta

DICHIARA

- di avere la certificazione ENPAM relativa al possesso dei requisiti per l'Anticipo di Prestazione Previdenziale, come da provvedimento prot. n°_____ del ____/____/_____ (copia in allegato);
- di essere disponibile alla riduzione dell'attività convenzionale in misura pari al _____% *(da un minimo del 30% fino ad un massimo del 70%);*
- di essere a conoscenza che la scelta ha carattere vincolante per un anno;
- di avere n°_____ assistiti in carico *(alla data odierna);*

CHIEDE

di essere inserito nell' "Elenco APP dei pediatri 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.