

MODULO B

DOMANDA DI ADESIONE ALL'ANTICIPO DELLA PRESTAZIONE PREVIDENZIALE (APP) (da presentare entro il 31 dicembre)

All'Azienda Sanitaria di.....

Il/La sottoscritto/a.....nato/a.....
.....(prov.....) il...../...../..... Codice Fiscale.....
Comune di residenza..... (prov.....)
Indirizzo.....n.....Cap.....
Telefono.....
PEC.....e-mail.....
Titolare di incarico convenzionale a tempo indeterminato di medico del ruolo unico di
assistenza primaria a ciclo di 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 medici titolari" di codesta Azienda.

Luogo e data _____

Firma _____