

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DELLA INDENNITA' DI
COLLABORATORE DI STUDIO AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE
(Art. 5 Accordo Integrativo Regionale)**

Raccomandata A.R.

ALL' 'U.O. Convenzioni
via P. De Lorentiis, 29 73024 Maglie

Oggetto: Istanza per il riconoscimento dell'indennità di Collaboratore di Studio Medico per Super Rete e Super Gruppo, ai sensi dell'art. 5 dell'Accordo Integrativo Regionale.

Il sottoscritto dott. _____ nato a _____ Prov. _____
il _____, convenzionato con codesta ASL per la Medicina Generale, con studio in
_____ Indirizzo _____ n. _____ Cap. _____ Codice
Regionale _____ Tel. _____

DICHIARA

di essere stato autorizzato dalla ASL a svolgere la propria attività professionale:

- in Super Rete
- in Super Gruppo.

Pertanto,

CHIEDE

ai sensi dell'art. 5 dell'Accordo Integrativo Regionale dei Medici di Medicina Generale, recepito dalla Giunta Regionale con delibera n. 2289 del 29/12/2007, il riconoscimento dell'indennità di collaboratore di studio.

A tal fine dichiara:

- 1) di aver assunto un collaboratore di studio;
- 2) di aver rimodulato l'orario del collaboratore di studio (da n. _____ ore settimanali a n. _____ ore settimanali).

Allega:

- copia del contratto di assunzione sottoscritto tra le parti;
- attestazione sottoscritta tra le parti da cui risulti l'attuale ed esclusivo utilizzo del dipendente nello studio professionale di medicina generale;
- copia del modello "Comunicazione Obbligatoria Unificato Lav" trasmesso alla Sezione Circoscrizionale per l'impiego.

In fede

Data _____

Firma _____

Indennità Collaboratore Studio Super Rete/Gruppo

