**ISTANZA INDENNITA’ COLLABORATORE DI STUDIO**

**Al Comitato Aziendale per la Medicina Generale**

**ASL ………**

### Il/la sottoscritto Dott/ssa

cognome …………………………………………… nome…………………………………………....

nato/a a ………………………………………... (prov……………) il …………….. ………………....

residente in………………………(prov……..) (Cap...........) via………………………… n° …………

titolare di incarico a rapporto convenzionale per la Medicina Generale con l’ASL ………………….…

con n° di assistiti in carico …………… indirizzo e-mail………………………………………………..

#### CHIEDE

**ai sensi dell’articolo 21 dell’AIR 21 maggio 2024 di cui alla DGR 31-8647 del 27/05/24, l’ottenimento dei benefici economici ex art 21 comma 6 (collaboratore di studio pari a € 3,5 in quota capitaria) per i quali, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dei benefici ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000,**

##### DICHIARA

* di avvalersi del collaboratore di studio dal ………………… nelle modalità seguenti (barrare le voci interessate):
* utilizzo collaboratore studio con C.C.N. degli studi professionali con Cat.
* utilizzo collaboratore studio fornito da Società, Cooperative o Associazioni di servizio
* utilizzo collaboratore studio in forma associata (Gruppo/Associazione/Rete) con i seguenti medici

Dottori \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* altro (specificare)
* **di non avvalersi del collaboratore di studio alla data di invio di questa istanza**

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente ogni eventuale successiva variazione in merito al possesso dei requisiti sopra dichiarati.

Luogo e data firma del dichiarante

(non richiede autentica)