

MODULO D

DICHIARAZIONE CONGIUNTA DI VOLONTA' DI AVVIO DELL'ANTICIPO DELLA PRESTAZIONE PREVIDENZIALE (APP)

(da presentare entro 15 giorni dalla fine del periodo di affiancamento)

All'Assessorato alla Sanità
della Regione.....

All'Azienda Sanitaria di.....

Alla Fondazione Enpam.....

Il/La sottoscritto/a.....nato/a.....
.....(prov.....) il...../...../..... Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzon.....Cap.....
telefono.....PEC.....e-mail.....
titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatra di libera scelta ed aderente alla
procedura di ricambio generazionale (APP)

DICHIARA

- di impegnarsi irrevocabilmente a ridurre la propria attività convenzionale in misura pari al.....% *(da un minimo del 30% fino ad un massimo del 70%;*
- di aver presentato domanda alla Fondazione ENPAM di Anticipo della Prestazione Previdenziale in data.....;

Il/La sottoscritto/a.....nato/a.....
.....(prov.....) il...../...../.....Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....).
Indirizzon.....Cap.....
Telefono.....PEC.....e-mail.....
a seguito dell'accettazione dell'incarico di pediatra di libera scelta in esito alla procedura di
ricambio generazionale (APP)

DICHIARA

di impegnarsi irrevocabilmente a svolgere la propria attività convenzionale in misura pari al.....% *(corrispondente alla quota di riduzione del pediatra di libera scelta titolare);*

I PREDETTI DICHIARANO

di definire di comune accordo la ripartizione degli oneri e delle spese inerenti l'attività convenzionale di pediatra di libera scelta, sollevando l'Azienda da qualsiasi responsabilità in merito.

Luogo e data _____

Firma _____

Luogo e data _____

Firma _____