

MODULO B

DOMANDA DI ADESIONE ALL'ANTICIPO DELLA PRESTAZIONE PREVIDENZIALE (APP)

(da presentare entro il 31 dicembre)

Da inviare a:

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia di Trento

Servizio acquisizione e gestione personale convenzionato

apss@pec.apss.tn.it

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 nassistiti in carico (alla data odierna)

CHIEDE

di essere inserito nell' "Elenco APP dei medici titolari" di codesta Azienda.

Luogo e data _____ Firma _____