

**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 pediatra di libera 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 pediatri titolari”** di codesta Azienda.

Luogo e data\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_