

## 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 .....