

Al Direttore Generale ASL BARI
Lungomare Starita n. 6
70100 Bari

Oggetto: Istanza per il riconoscimento dell'indennità di Collaboratore di Studio Medico/Infermiere ai sensi dell'art. 59, lett. B, dell'ACN del 23/03/05 **per medico singolo, medico in associazione semplice, in rete o in gruppo.**

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____ il _____, convenzionato con codesta ASL per la Medicina Generale con studio in _____ codice regionale _____

dichiara

- di aver assunto ai sensi dell'art. 59, lett. B, dell'ACN del 23/03/05
- un collaboratore di studio
 - un infermiere.

Chiede

che l'azienda, esistendone i presupposti, ne prenda atto ed eroghi l'indennità prevista dal contratto. Allega la relativa documentazione.

Dichiara, infine, di svolgere la propria attività professionale:

- come medico singolo
- in associazione semplice
- in rete
- in gruppo

In attesa di riscontro si porgono cordiali saluti.

li, __/__/____

Firma