

Oggetto: Istanza per il riconoscimento dell'indennità di Collaboratore di Studio Medico/Infermiere **per super rete e super gruppo ai sensi dell'art. 5 dell'Accordo integrativo regionale del 08/10/07.**

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

dichiara

- di voler assumere ai sensi dell'art. 5 dell'accordo regionale suddetto
 - un collaboratore di studio
 - un infermiere.
- di voler rimodulare l'orario ai sensi dell'art. 5 dell'accordo regionale suddetto del
 - un collaboratore di studio
 - un infermiere.
- di voler stipulare ai sensi dell'art. 5 dell'accordo regionale un contratto libero-professionale con un infermiere

Chiede

che l'azienda, esistendone i presupposti, comunichi l'accogliibilità della presente istanza ai sensi dell'art. 5, comma 5, dell'accordo regionale del 08/10/07. Assume l'impegno di depositare entro 30 giorni dalla comunicazione aziendale di cui innanzi il nuovo contratto di lavoro ovvero il contratto recante la rimodulazione dell'orario di lavoro oppure -ove previsto- copia del contratto libero-professionale.

Dichiara, infine, di aver richiesto di poter svolgere la propria attività professionale:

- in super rete
- in super gruppo

In attesa di riscontro si porgono cordiali saluti.

li, __/__/____

Firma