**MODULO B**

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

*(da presentare entro il 30 aprile 2024)*

All’ASST……………………………………..

 pec……………………………………

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 n………. assistiti in carico *(alla data odierna)*

**CHIEDE**

di essere inserito/a nell’ “Elenco APP dei medici titolari” di codesta Azienda.

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