

**RICHIESTA RICONOSCIMENTO INDENNITA'** **COLLABORATORE** **INFERMIERE**

Il dottor / I dottori:

..... cod. REG.....	- cod.REG.....
..... cod. REG.....	- cod.REG.....
..... cod. REG.....	- cod.REG.....
..... cod. REG.....	- cod.REG.....
..... cod. REG.....	- cod.REG.....

 Singolo

Operante nella forma associativa: Rete N° _____
Gruppo N° _____

CHIEDONO

A DECORRERE DALLA DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA, il riconoscimento dell'indennità, secondo i criteri e le modalità stabilite dagli Accordi Regionali e Aziendali per:

COLLABORATORE DI STUDIO COME MEDICO SINGOLO COME GRUPPO/RETE N° _____**A tal fine dichiara/dichiarano:**

Di utilizzare il/i collaboratori presenti effettivamente in studio:

Assunto secondo il contratto nazionale dei dipendenti degli studi professionali, cat IV o superiore, a far data dal _____;

- Allego Modello UNIFICATO LAV

Fornito da società cooperative e associazioni di servizio, a far data dal _____

- Allego contratto stipulato con società cooperative e/o associazioni di servizio

Per le ore settimanali di seguito indicate:

1) Medico singolo (*) almeno 8 ore settimanali per n. ore _____

2) Medico in forma associata (complessivamente)

n. 3 medici almeno 20 ore settimanali per n. ore _____

n. 4 medici almeno 25 ore settimanali per n. ore _____

n. 5 medici almeno 30 ore settimanali per n. ore _____

oltre 5 medici ulteriori 6 ore settimanali per medico per n. ore _____

PERSONALE INFERMIERISTICO

- COME MEDICO SINGOLO
 COME GRUPPO/RETE N° _____

A tal fine dichiara/dichiarano:

Di utilizzare personale infermieristico presente effettivamente in studio:

- Assunto secondo il contratto nazionale di lavoro per la categoria (o superiore),
dal _____

- Allego Modello UNIFICATO LAV

- Fornito da società cooperative e associazioni di servizio,
dal _____

- Allego contratto stipulato con società cooperative e/o associazioni di servizio

- LIBERO PROFESSIONISTA
dal _____

- Allego accordo tra la parti

Per le ore settimanali di seguito indicate:

- 1) Medico singolo (*)** almeno 4 ore settimanali per n. ore _____
- 2) Medico in forma associata (complessivamente)**
- n. 3 medici almeno 10 ore settimanali per n. ore _____
- n. 4 medici almeno 12,5 ore settimanali per n. ore _____
- n. 5 medici almeno 15 ore settimanali per n. ore _____
- oltre 5 medici ulteriori 3 ore settimanali per medico per n. ore _____

N.B.

- Se in una forma associativa l'infermiere/il collaboratore non viene richiesto/assunto da tutti i componenti (contratto/accordo singolo o collettivo) ma da solo alcuni dei componenti l'orario di lavoro minimo viene calcolato con il criterio del SINGOLO MMG (COLLABORATORE: n. 8 ore settimanali - INFERMIERE: n. 4 ore settimanali)
- L'adeguamento dell'impegno orario del personale al numero dei componenti della FA è fondamentale anche per l'accesso ai fondi qualora la FA ne facesse richiesta.

Il/I sottoscritti si impegna/no a produrre:

Personale assunto:

- copia di cedolino mensile

Personale fornito da società, cooperative e/o associazioni di servizio, Libero professionista:

- copia delle fatture emesse dal fornitore

Il/I sottoscritto/i si impegna/no inoltre a comunicare qualsiasi variazione insorga nel rapporto di assunzione e/o di fornitura del personale

Data _____

Il dottor / I dottori (TIMBRO E FIRMA)

..... -

..... -

..... -

..... -

..... -