

RICHIESTA RICONOSCIMENTO INDENNITA'

COLLABORATORE

INFERMIERE

Il Dottor / I Dottori:

.....	cod. REG	carico assistiti 0-6 n.....
.....	cod. REG	carico assistiti 0-6 n.....
.....	cod. REG	carico assistiti 0-6 n.....
.....	cod. REG	carico assistiti 0-6 n.....
.....	cod. REG	carico assistiti 0-6 n.....
.....	cod. REG	carico assistiti 0-6 n.....

Singolo

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

CHIEDE/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:

INDENNITA' DI COLLABORATORE DI STUDIO

COME MEDICO SINGOLO
 COME ASSOCIAZIONE/ 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) **Pediatra singolo (*) 1,5 ore settimanali ogni 100 assistiti** per n. ore _____
- 2) **Pediatra in forma associata (complessivamente)**
- | | | |
|--|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> n. 2 pediatri | almeno 20 ore settimanali | per n. ore _____ |
| <input type="checkbox"/> n. 3 pediatri | almeno 25 ore settimanali | per n. ore _____ |
| <input type="checkbox"/> n. 4 pediatri | almeno 30 ore settimanali | per n. ore _____ |
| <input type="checkbox"/> n. 5 pediatri e oltre | tempo pieno (copertura totale dell'orario di apertura dello studio medico) | per n. ore _____ |

INDENNITA' DI PERSONALE INFERMIERISTICO

- COME MEDICO SINGOLO
- COME ASSOCIAZIONE/ 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), 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
- LIBERO PROFESSIONISTA
- dal _____
- Allego accordo tra la parti

Per le ore settimanali di seguito indicate:

- 1) **Pediatra singolo (*) 45' settimanali ogni 100 assistiti** per n. ore _____
- 2) **Pediatra in forma associata (complessivamente)**
- | | | |
|--|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> n. 2 pediatri | almeno 9 ore settimanali | per n. ore _____ |
| <input type="checkbox"/> n. 3 pediatri | almeno 12 ore settimanali | per n. ore _____ |
| <input type="checkbox"/> n. 4 pediatri | almeno 15 ore settimanali | per n. ore _____ |
| <input type="checkbox"/> n. 5 pediatri e oltre | tempo parziale (copertura di metà dell'orario di apertura dello studio 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 PDF (COLLABORATORE: n. 1,5 h/w ogni 100 assistiti - INFERMIERE: n. 45'/w ogni 100 assistiti)

Il/I sottoscritto/i 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 Dottore/I Dottori (TIMBRO E FIRMA)

..... -

..... -

..... -