MODULO B – DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'ANTICIPO DELLA PRESTAZIONE PREVIDENZIALE (APP)

All'Azienda Sanitaria di.....

.....

Il/La sottoscritto/a.....……, nato/a a.....

(prov.....) il..... Codice Fiscale…….....

Comune di residenza.....(prov.....)

Indirizzo .....n……..Cap.....

telefono.....

PEC.....e-mail.....

Titolare di incarico a tempo indeterminato nella branca specialistica di…….. per n…….. ore settimanali.

DICHIARA

- di aver ottenuto la certificazione dall'ENPAM del possesso dei requisiti per l'Anticipo di Prestazione Previdenziale con provvedimento prot. N…….. del…….. (copia in allegato);
- di non essere titolare di altro incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale convenzionato;
- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale convenzionato nella branca di…….. presso l'Azienda…… della Regione…… ore settimanali……;
  l'Azienda…… della Regione…… ore settimanali……;
  l'Azienda…… della Regione…… ore settimanali……; (*)
- di assicurare l'espletamento dell'intero orario di incarico fino all'entrata in servizio dello specialista neo incaricato / degli specialisti neo incaricati

CHIEDE

di essere ammesso alla procedura di Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP) con riduzione del 50% delle ore di incarico.

Luogo e data _____ Firma _____

(*) *in tal caso la domanda va indirizzata ed inviata contemporaneamente a tutte le Aziende in cui è titolare di incarico*