**MODULO B**

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

**MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA titolari**

*(da presentare entro il 30 aprile 2024)*

All’ASST PAPA GIOVANNI XXIII

BERGAMO

Pec [ufficioprotocollo@pec.asst-pg23.it](mailto:ufficioprotocollo@pec.asst-pg23.it)

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_