All'Azienda USL 10 di Firenze
S.S. Gestione Risorse Umane
Lungarno Santa Rosa, 13 –
- 50142 - Firenze -

OGGETTO: richiesta di incremento aliquota contributiva ENPAM.

Il sottoscritto Dr.....nato a .....il..... codice regionale n....., codice enpam n....., codice fiscale n....., tel....., cell.....,e-mail.....,titolare a tempo indeterminato/determinato nel/i seguenti settori di attività:

☐ assistenza primaria
☐ pediatria di libera scelta
☐ continuità assistenziale
☐ emergenza sanitaria territoriale

ai sensi di quanto previsto dai vigenti Accordi Collettivi Nazionali,

CHIEDE

l'incremento dell'aliquota contributiva a proprio carico – fino ad un massimo di cinque punti – per il /i settore/i, punto/i percentuale a decorrenza/e, di seguito indicati:

☐ assistenza primaria	%.....(punto intero)	dal mese di gennaio 2009 ☐ dal mese di gennaio 2010 ☐
☐ pediatria di libera scelta	%.....(punto intero)	dal mese di gennaio 2009 ☐ dal mese di gennaio 2010 ☐
☐ continuità assistenziale	%.....(punto intero)	dal mese di gennaio 2009 ☐ dal mese di gennaio 1010 ☐
☐ emergenza sanitaria territoriale	%.....(punto intero)	dal mese di gennaio 2009 ☐ dal mese di gennaio 2010 ☐

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che tale scelta può essere esercitata al massimo una volta all'anno ed esclusivamente entro il 31 gennaio dell'anno di riferimento del contributo e che, in assenza di comunicazione, resta confermata l'aliquota indicata.

Data..... Firma.....
(Allegare copia documento d'identità in corso di validità)

****In questa fase iniziale:*
nel caso di decorrenza dal mese di gennaio 2009, inviare la presente entro il 31/12/2009;
nel caso di decorrenza dal mese di gennaio 2010, inviare la presente entro il 31/01/2010.

**** con raccomandata o*
via fax al n° 055/2285777