

**MODULO B**

DOMANDA DI ADESIONE ALL'ANTICIPO DELLA PRESTAZIONE PREVIDENZIALE (APP)  
( da presentare entro il 31 dicembre)

All'Azienda Sanitaria di.....

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 pediatra di libera 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 nell' "Elenco APP dei pediatri titolari" di codesta Azienda.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_