

**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 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 nell' "Elenco APP dei medici titolari" di codesta Azienda.

Luogo e data .....

Firma .....