

Codice Associazione

Al Rappresentante Legale ASP TRAPANI
per il tramite della UOC Gestione Amministrativa
delle Attività Convenzionate e CUP

RICHIESTA INDENNITÀ ASSOCIAZIONISMO

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ cod.reg. _____
convenzionato per l'ambito territoriale _____ Distretto
Sanitario di _____ nella qualità di referente dell'associazione

FORMA ASSOCIATIVA			
GRUPPO COMPLESSO <input type="checkbox"/>	GRUPPO <input type="checkbox"/>	MISTA <input type="checkbox"/>	RETE <input type="checkbox"/>

il cui atto costitutivo è stato protocollato

Ordine dei Medici di TRAPANI	N°		Data	
------------------------------	----	--	------	--

Ai sensi dell'art.1 dell'AIR 2010, dichiara che detta associazione è composta da:

ELENCO MEDICI (compreso il referente)					
C.R.	COGNOME	NOME	Prot. Ordine Medici	Data	Percepisce Indennità SI/NO

Chiede l'accesso all'indennità di _____ prevista dall'A.I.R. 2010
D.A.06/09/2010 per i sanitari che non la percepiscono con le modalità e nei limiti previsti.

Si allega:

- 1) Copia dell'atto costitutivo protocollato all'O.M.;
- 2) Copia della variazione dell'associazione protocollato all'O.M.;
- 3) Elenco dei componenti dell'associazione con i riferimenti dello studio (ubicazione, telefono, orario dedicato all'attività di associazione);
- 4) Copia del contratto di rete dei Medici che non percepiscono l'indennità.

Consapevole, secondo quanto prescritto dall'art.76, comma 1, del DPR n.445/2000 delle responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e d'uso di atti falsi, rende e sottoscrive la presente DICHIARAZIONE:

Data _____

Timbro e Firma _____
(allegare copia del documento d'identità)

(**) L'imposta di bollo di Euro 16,00 (Legge 24/06/2013, n. 71 di conversione del DL 26/04/2013, n. 43), è dovuta sulla presente domanda come da risoluzione n. 954.-19608-2010 del 18.2.2010, della Direzione Centrale dell'Agenzia delle Entrate del Ministero delle Finanze a seguito di interpello della SISAC del 26/10/2009.