

OPZIONE ALIQUOTA CONTRIBUTIVA MODULARE

SPETT. LE ASL

Il/la sottoscritto/a
Dott./Dott.ssa

Cognome

Nome

nato/a a _____ il ___ / ___ / _____

Codice Fiscale

Codice ENPAM

tel. _____ cell. _____ e-mail _____

CONSAPEVOLE

- che i vigenti AA.CC.NN. prevedono per i professionisti appartenenti alle seguenti categorie:
 - assistenza primaria
 - continuità assistenziale
 - emergenza sanitaria territoriale
 - pediatri di libera scelta
- la possibilità di incrementare l'aliquota contributiva a proprio carico fino ad un massimo di cinque punti percentuali ferma restando la quota a carico dell'Azienda;
- che tale opzione deve essere esercitata al massimo una volta l'anno entro il 31 gennaio dell'anno di riferimento del contributo;
- che in assenza di comunicazione di variazioni, da presentarsi entro il suddetto termine, l'aliquota prescelta rimane confermata anche per gli anni successivi;
- che l'opzione per l'aliquota contributiva modulare e le eventuali modifiche devono essere comunicate a tutte le ASL con le quali è in essere un rapporto convenzionale;

CHIEDE

di definire l'aliquota contributiva aggiuntiva a proprio carico nella misura del:
(barrare con una "X" la casella corrispondente alla percentuale scelta)

1% 2% 3% 4% 5%

(data)

(firma)

N.B.: Il presente modello, debitamente compilato, deve essere trasmesso – unitamente alla copia di un documento d'identità in corso di validità – a tutte le ASL con le quali è in essere il rapporto convenzionale. Copia di tale domanda può essere trasmessa, per ogni utile verifica, alla FONDAZIONE E.N.P.A.M. – SERVIZIO CONTRIBUTI UFFICIO RISCOSSIONE FONDI SPECIALI – PIAZZA VITTORIO EMANUELE II, n.78, 00185 ROMA, allegando la fotocopia della ricevuta della raccomandata inviata alla ASL ovvero, se consegnata a mano, indicando il numero di protocollo di registrazione.