

marca da bollo di Euro 16,00 (**)

RICOL - PLS

Al Legale Rappresentante dell'ASP TRAPANI
per il tramite dell'UOC Gestione Amministrativa
delle Attività Convenzionate

**DOMANDA DI INDENNITÀ PER
COLLABORATORE DI STUDIO MEDICO / COLLABORATORE INFERMIERISTICO**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
cod. reg. _____ nato/a a _____ il
_____ medico Pediatra di Libera scelta convenzionato con l'ASP di Trapani
Distretto Sanitario di _____ per l'ambito territoriale
_____ cell. _____
e-mail _____ PEC _____

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 58 dell'A.C.N. 2005 e s.m.i.

LA CORRESPONSIONE DELL'INDENNITÀ DI:

☐ COLLABORATORE STUDIO MEDICO.

☐ COLLABORATORE INFERMIERISTICO.

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 ed uso di atti falsi, rende e sottoscrive la presente

DICHIARA

- a) Di utilizzare personale collaboratore dal _____ per un periodo complessivo di anni _____ e mesi _____;
b) Di essere convenzionato come PLS dal _____;

Acclude:

- 1) copia fotostatica di un documento di identità del dichiarante in corso di validità;
- 2) documentazione: attestazione rilasciata dal commercialista o consulente del lavoro, come da modello allegato attestante il periodo di anzianità complessiva di assunzione del dipendente in argomento.

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 ed 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.

**MODELLO DI ATTESTAZIONE
DEL COMMERCIALISTA/CONSULENTE DEL LAVORO**

Il sottoscritto Dott. commercialista/Consulente del lavoro:

_____ iscritto presso
_____ di _____ al n° _____
Codice fiscale _____ P.IVA _____
con studio in _____ via _____

DICHIARA

Che dagli atti in suo possesso, il proprio assistito Dott. _____
MMG / PLS, con studio in _____ via _____
Codice fiscale _____ Codice Regionale _____
ha avuto alle proprie dipendenze i seguenti lavoratori:

- 1) Sig/ra: _____ nato/a a _____ il _____
Codice fiscale _____ dal _____ al (1) _____
con contratto Part-Time/Tempo Pieno di ore _____ settimanali CCNL applicato: Studi
professionali _____ livello.
- 2) Sig/ra: _____ nato/a a _____ il _____
Codice fiscale _____ dal _____ al (1) _____
con contratto Part-Time/Tempo Pieno di ore _____ settimanali CCNL applicato: Studi
professionali _____ livello.
- 3) Sig/ra: _____ nato/a a _____ il _____
Codice fiscale _____ dal _____ al (1) _____
con contratto Part-Time/Tempo Pieno di ore _____ settimanali CCNL applicato: Studi
professionali _____ livello.
- 4) Sig/ra: _____ nato/a a _____ il _____
Codice fiscale _____ dal _____ al (1) _____
con contratto Part-Time/Tempo Pieno di ore _____ settimanali CCNL applicato: Studi
professionali _____ livello.

Luogo _____ Data _____ Timbro e Firma _____

(1) Riportare la dicitura "a tutt'oggi" nel caso in cui risultasse ancora in servizio alla data di presentazione della presente istanza