

## **MODULO D**

### DICHIARAZIONE CONGIUNTA DI VOLONTA' DI AVVIO DELL'ANTICIPO DELLA PRESTAZIONE PREVIDENZIALE (APP)

*( da presentare entro 15 giorni dalla fine del periodo di affiancamento)*

All'Assessorato alla Sanità  
della Regione.....

All'Azienda Sanitaria di.....

Alla Fondazione Enpam.....

Il/La sottoscritto/a.....nato/a.....

.....(prov.....) il...../...../..... Codice Fiscale.....

Comune di residenza.....(prov.....)

Indirizzo .....n.....Cap.....

telefono.....PEC.....e-mail.....

titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatra di libera scelta ed aderente alla  
procedura di ricambio generazionale (APP)

#### DICHIARA

- di impegnarsi irrevocabilmente a ridurre la propria attività convenzionale in misura pari al.....% *(da un minimo del 30% fino ad un massimo del 70%;*
- di aver presentato domanda alla Fondazione ENPAM di Anticipo della Prestazione Previdenziale in data.....;

Il/La sottoscritto/a.....nato/a.....

.....(prov.....) il...../...../.....Codice Fiscale.....

Comune di residenza.....(prov.....).

Indirizzo .....n.....Cap.....

Telefono.....PEC.....e-mail.....

a seguito dell'accettazione dell'incarico di pediatra di libera scelta in esito alla procedura di  
ricambio generazionale (APP)

#### DICHIARA

di impegnarsi irrevocabilmente a svolgere la propria attività convenzionale in misura pari  
al.....% *(corrispondente alla quota di riduzione del pediatra di libera scelta titolare);*

#### I PREDETTI DICHIARANO

di definire di comune accordo la ripartizione degli oneri e delle spese inerenti l'attività  
convenzionale di pediatra di libera scelta, sollevando l'Azienda da qualsiasi responsabilità in  
merito.

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

Firma \_\_\_\_\_

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

Firma \_\_\_\_\_