

**All: C)****Domanda per l'attribuzione dell'indennità di complessità\***

Al Direttore Generale  
ASL .....  
Sede

Il sottoscritto ....., nato a ..... il ..... residente a.....  
alla via ..... n..... medico di Assistenza Primaria iscritto negli elenchi del comune di .....

**chiede**

l'attribuzione dell'indennità di complessità di cui al Regolamento approvato dal CPR in data 27 maggio 2015 in attuazione della DGR 1033 del 19/5/2015.

A tal fine dichiara:

- Di essere compreso nella fascia tra 600 e 700 assistiti in carico alla data di pubblicazione del presente atto in forma associativa complessa e precisamente con un numero di assistiti pari a n.....\*\*;
- Di essere compreso nella fascia tra 701 e 1500 assistiti in carico alla data di pubblicazione del presente atto e precisamente con un numero di assistiti pari a n.....\*\* senza percepire alcuna indennità per il personale di studio: collaboratore e/o infermiere;
- Di essere compreso nella fascia tra 701 e 1500 assistiti in carico alla data di pubblicazione del presente atto e precisamente con un numero di assistiti pari a n.....\*\*;
- di essere/non essere inserito in una forma associativa.
- Dichiaro, inoltre, di trovarsi nelle condizioni previste dalla seguente griglia e di aver diritto al relativo punteggio:

col. a)	col. b)	col. c)	col. d)
Indicatori	Punti	Barrare la casella e/o indicare il numero	Punteggio assegnato***
Medico di assistenza primaria che non percepisce nessuna indennità con assistiti in carico da 701-1500 scelte	4	<input type="checkbox"/>	
Medico di assistenza primaria inserito in forme associative complesse con assistiti in carico da 600 a 700 scelte	1	<input type="checkbox"/>	
Personale di studio e sanitario	1 punto per ogni figura	**** n. .... ..... ..... .....	
CPT	2	<input type="checkbox"/>	
Super Gruppo	2	<input type="checkbox"/>	
Gruppo	1.5	<input type="checkbox"/>	
Super rete	1.5	<input type="checkbox"/>	
Rete	1	<input type="checkbox"/>	
<b>Totale</b>			

Il sottoscritto, entro il termine di 60 giorni dalla data di comunicazione di utile posizionamento nella graduatoria degli aventi titolo all'indennità, da parte della ASL s'impegna a depositare il nuovo contratto di lavoro stipulato o la comunicazione recante la rimodulazione dell'orario di lavoro del personale di studio, in conformità alle prescrizioni richiamate al punto 1) del regolamento approvato da Comitato Permanente Regionale nella seduta del 27/05/2015, che dichiara di conoscere nella sua interezza.

Data e luogo: .....

Firma

.....

- \* La domanda di riconoscimento dell'indennità di complessità è presentata dal singolo medico e corrisposta in base alla graduatoria di ASL. Ai fini della scadenza del bando fa fede la data di spedizione della racc. a/r o della PEC senza obbligo di firma digitale.
- \*\* Vedi ultima busta paga.
- \*\*\* Nella colonna d) sarà riportato il punteggio relativo ai titoli posseduti di cui agli indicatori presenti nella griglia. La compilazione di tale sezione è di competenza della U.O. Gestione Amministrativa Personale Convenzionato.
- \*\*\*\* Indicare il numero delle figure professionali in carico e specificare di quale personale trattasi.