

AL Direttore generale
Azienda Sanitaria Provinciale Ragusa
Piazza Igea n. 1
97100 Ragusa

RICHIESTA CORRESPONSIONE COMPENSO PER ATTIVITA' DI MEDICO TUTOR (*)

Il/La sottoscritto/a Dott.../Dott.ssa

nato/a aprov.....il.....

e residente in.....prov.....

via.....n.c.a.p.....

tel.....cell.e.mail.....

Medico di assistenza primaria convenzionato con il S.S.R. con codice regionale n.....

ambito territoriale di

in possesso del titolo di TUTOR ai sensi dell'art. 8 del DPR 484/96,

avendo svolto attività di TUTOR dal al

nei confronti del tirocinante dott./dott.ssa

CHIEDE

la corresponsione del compenso previsto dall'art. 24 dell'Accordo Integrativo Regionale di Assistenza Primaria, reso esecutivo con Decreto del 6 Settembre 2010 pubblicato nella G.U.R.S. parte I n. 45 del 15 ottobre 2010.

Allega:

copia fotostatica di un documento d'identità valido;

dichiarazione sostitutiva atto di notorietà sulla attività di tutoraggio svolta.

Data.....

.....

Firma

(*) da trasmettere a mezzo raccomandata a.r. o consegnare all'ufficio protocollo aziendale in piazza Igea n. 1 Ragusa