

AL DIRETTORE GENERALE  
ASP DI RAGUSA  
PIAZZA IGEA N. 1  
97100 RAGUSA

*Alla cortese attenzione del Direttore U.O.C. Assistenza sanitaria di base.*

Il/La sottoscritt\_ dott./dott.ssa ....., medico convenzionato con codesta ASP per la pediatria di libera scelta presso l'ambito territoriale di ....., cod. reg. n. .... in qualità di rappresentante sindacale FIMP, designato ai sensi dell'art. 21 comma 5 dell'ACN PLS 15/12/2005 e ss.mm.ii. (di seguito ACN), avendo svolto nell'anno \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ ore di attività sindacale ai sensi dell'art. 21 dell'ACN ed essendo stato sostituito, durante le suddette ore, dal medico indicato nell'allegata dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà,

**CHIEDE**

il rimborso di quanto corrisposto al medico sostituito secondo quanto stabilito dall'art. 21 comma 6 ACN (*compenso orario pari a quello previsto per le attività orarie di continuità assistenziale, aumentato del 50% se il sostituito è specialista in pediatria o disciplina equipollente, di cui all'art. 72, comma 1 ACN MMG 23/3/2005 e ss.mm.ii.*) per un totale di € \_\_\_\_\_.

Allega:

- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà del medico sostituito (*Mod. 19-B*);
- propria dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (*Mod. 19-C*);
- copia fattura/ricevuta fiscale emessa dal medico sostituito attestante la sostituzione effettuata ed il corrispettivo ricevuto.

\_\_\_\_\_, .....

.....

(firma)