

DOMANDA ANNUALE DI INTEGRAZIONE

**TITOLI PER LE GRADUATORIE
REGIONALI DI SETTORE DELLA MEDICINA GENERALE
VALIDE PER L'ANNO 2016**

IMPOSTA DI BOLLO

REGIONE CALABRIA
DIPARTIMENTO TUTELA DELLA SALUTE
SERVIZIO ATTIVITA' TERRITORIALI
VIA BUCCARELLI N.30
88100 CATANZARO

__sottoscritt__ Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ M__ F__ Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Comune di residenza _____ prov. _____ indirizzo _____

n. _____ CAP _____ tel. _____ e-mail _____

Azienda Sanitaria /Provinciale di _____ Residenza _____ e-mail _____

CHIEDE

secondo quanto previsto dall'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale ex art.8 del D.L.vo 30.12.92, n.502, e successive modificazioni, l'aggiornamento del punteggio relativo ai propri titoli nella graduatoria regionale per la medicina generale, a valere per **l'anno 2016**, relativa all'attività di settore di (vedi nota-1);

- a) Assistenza Primaria;
- b) Continuità Assistenziale;
- c) Emergenza Sanitaria Territoriale; (solo se in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale).

A tal fine acclude alla presente la seguente documentazione e dichiara:

- a) Autocertificazione di iscrizione all'ordine dei Medici della provincia di _____;
- b) Copia "Diploma di formazione Specifica in Medicina Generale"
- c) **Copia "Attestato d'idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale);**
- d) N. _____ documenti relativi ai titoli in suo possesso – valutabili ai fini della graduatoria predetta – e specificati nel prospetto interno;

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso (solo se diversa alla precedente domanda);

c/o _____ Comune _____ prov. _____ indirizzo _____

_____ n. CAP _____

Data _____ firma per esteso _____

Avvertenze importanti.

1) I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato per una o più delle attività di cui al presente accordo non possono fare domanda di inserimento nella relativa graduatoria di settore (titolare di incarico) e, pertanto possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento - art.15, comma 10 dell'A.C.N.29 luglio 2009 – .

2)la documentazione allegata deve essere tale da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella della quale non è possibile dedurre i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dal medico.

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
I Titoli accademici o di studio		
Specializzazione o libera docenza in medicina generale o disciplina equipollente ai sensi del D.M. 10.3.83 tab.B specializzazione in _____ specializzazione in _____ specializzazione in _____ specializzazione in _____	Totale n. ____ X 2,00 = punti	
Specializzazione o libera docenza nelle discipline affini alla medicina generale, ai sensi del D.M. 10.3.83 tab.B specializzazione in _____ specializzazione in _____ specializzazione in _____	Totale n. x 0,50 = punti	
Attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2 o all'art. 2, comma 2, del D.L.vo n. 256/91 e di cui alla legge 277/2003 (punti 7,20) dal _____ al _____ Regione _____	= punti	
II Titoli di servizio		
	Punteggio Stessa Regione	Punteggi o Altra Regione
Attività di assistenza primaria convenzionata, a tempo indeterminato, determinato, o svolta in qualità di associato dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	Totale Mesi X 0,30. p. _____	Totale Mesi X 0,20. p. _____ —

<p>Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato (solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi):</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p>	<p>Totale Mesi X 0,20. P. _____</p>	
<p>Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale e sostituzioni d'ufficio anche se didurata inferiore a 5 gg. (3). Le sostituzioni effettuate subbase oraria ai sensi dell'art. 23 sono valutate con gli stessi criteri di cui al Titolo II, lett. c)</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p>	<p>Totale Mesi X 0,20. P. _____</p>	
<p>Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione di continuità assistenziale (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività)</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p>		

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
<p>Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella medicina dei servizi (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività)</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p>	<p>Totale Mesi X 0,20. p. _____</p>	
<p>Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p>	<p>Totale Mesi X 0,20. p. _____</p>	
<p>Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate: per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore:</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____</p>	<p>(*)</p> <p>Totale Mesi X 0,10. p. _____</p>	

ASP _____ dal _____ al _____	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
<p>Attività programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità ai sensi del presente accordo (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività)</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p>	<p>(*)</p> <p>Totale Mesi X 0,05. p. _____</p>	
<p>Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: (per mese)</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>ASP _____ dal _____ al _____ ore _____</p>	<p>(*)</p> <p>Totale Mesi X 0,20. p. _____</p>	
<p>Servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualità di ufficiale medico di Complemento (per mese per un massimo di 12 mesi)</p> <p>dal _____ al _____</p>	<p>(*)</p> <p>Totale Mesi X 0,10. p. _____</p>	
<p>Servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualità di ufficiale medico di complemento, ed in concomitanza di incarico, anche provvisorio, di medicina generale e limitatamente al periodo di concomitanza. (per mese)</p> <p>dal _____ al _____</p>	<p>(*)</p> <p>Totale Mesi X 0,20. p. _____</p>	

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICI O	
servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo la laurea in medicina e chirurgia: (per mese per un massimo di 12 mesi) dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,10. p. _____	
servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza di incarico ai sensi del presente Accordo: (per mese per un massimo di 12 mesi) dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,20. p. _____	
Attività di medico pediatra di libera scelta, anche in forma di sostituzione, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi (per mese di attività). ASP _____ dal _____ al _____ ASP _____ dal _____ al _____ ASP _____ dal _____ al _____ ASP _____ dal _____ al _____ ASP _____ dal _____ al _____ ASP _____ dal _____ al _____ ASP _____ dal _____ al _____ ASP _____ dal _____ al _____ ASP _____ dal _____ al _____ ASP _____ dal _____ al _____ ASP _____ dal _____ al _____	Totale Mesi X 0,10. p. _____	
Attività come medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna, e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della Sanità per il servizio di assistenza ai naviganti. (0,05 punti per mese di attività) dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,05. p. _____	

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
<p>Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri, sia a tempo indeterminato che di sostituzione, e di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo per ogni mese di attività:</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p>	<p>(*)</p> <p>Totale Mesi X 0,20. p. _____</p>	
<p>Servizio prestato presso aziende termali, (Legge 24 ottobre 2000 n.323 art.8), equiparato all'attività di continuità assistenziale, per ogni mese complessivo di attività</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p>	<p>(*)</p> <p>Totale Mesi X 0,20. p. _____</p>	
<p>Servizio effettivo di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale, di emergenza territoriale, svolto in paesi dell'Unione Europea, ai sensi della legge 9 febbraio 1979 n.38, della legge 10 luglio 1960 n.735 e successive modificazioni e del decreto ministeriale 1° settembre 1988 n.430: per ciascun mese complessivo</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p>	<p>(*)</p> <p>Totale Mesi X 0,20 p. _____</p>	

dal _____ al _____ dal _____ al _____	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
firma del medico _____	Totale punteggio complessivo _____	

(*) Punteggio per attività prestate indipendentemente dalla regione di appartenenza

N.B.: Le sostituzioni sono valutabili solo se effettuate a medico di medicina generale con più di 100 utenti, e a medico pediatra con almeno 70 utenti. Tali indicazioni devono essere espressamente dichiarate nel certificato rilasciato dall'Ente interessato.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. _____ nato

a _____ il _____ residente in _____

Via/Piazza _____ n° _____

iscritto all'Albo dei _____ della Provincia di _____

- in possesso dell'attestato di formazione in MMG
- non in possesso dell'attestato di formazione IN MMG
- a) in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale.
- b)
- c) non in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale.

ai sensi e agli effetti di cui agli artt.46 e 47 del T.U. in materia di documentazione amministrativa (D.P.R.28 dicembre 2000, n.445 e s.m.i.) dichiara formalmente di:

- essere titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati .

Soggetto _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____ Tipo di rapporto di

lavoro _____ Periodo: dal _____

- non essere titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati.

-
- essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte e con n° _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____

- non essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria

-
- essere titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte Periodo dal _____

- non essere titolare di incarico come medico pediatra di libera

-
- essere titolare di incarico come specialista ambulatoriale convenzionato interno

- a tempo indeterminato

tempo o a tempo determinato:
Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

non essere titolare di incarico a o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno

essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni:

Provincia _____ branca _____ Periodo: dal _____

non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni

avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n.502/92:

Azienda _____ Via _____

Tipo di attività _____ Periodo: dal _____

non avere apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n.502/92:

essere titolare di incarico nella continuità assistenziale

a tempo indeterminato

a tempo determinato

nella Regione

altra regione: Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____

in forma attiva

in forma di disponibilità

non essere titolare di incarico nella continuità assistenziale

essere titolare di incarico nella emergenza sanitaria territoriale

a tempo indeterminato

a tempo determinato

nella Regione

altra regione : Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____ in

in forma attiva

in forma di disponibilità

non essere titolare di incarico nella emergenza sanitaria territoriale

essere iscritto a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:

Denominazione del corso _____ Soggetto pubblico che lo svolge
_____ inizio dal _____

non essere iscritto a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:

operare a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni.

Organismo _____ ore sett. _____ Via _____ Comune
di _____ Tipo di attività _____ Tipo di rapporto di lavoro Periodo: dal

non operare a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni.

operare qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

Organismo _____ ore sett. _____ Via _____
Comune di _____ Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo: dal _____

non operare qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda _____ ore sett. _____ Via _____ Comune
di _____ Periodo: dal _____

non svolgere funzioni di medico di fabbrica (1) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

svolgere per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: Azienda _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

non svolgere per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte.

avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (1) _____ Periodo: dal _____

non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:

non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale.

fruire del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale periodo: dal _____

non fruire del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale.

svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

_____ Periodo: dal _____

non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

essere titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1)

Azienda _____ Via _____ Tipo di attività _____

_____ Periodo: dal _____

non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato:

svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti) _____

non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):

Soggetto pubblico _____ Via _____

Comune di _____ Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro: _____ Periodo: dal _____

non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):

essere titolare di trattamento di pensione. : _____ Periodo: dal _____

non essere titolare di trattamento di pensione.

fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto precedente : soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____

NOTE: _____

non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto precedente :

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data _____

Firma _____