

FAX SIMILE

**Al Direttore
Distretto Socio Sanitario n.
Di
Via
.....**

**p.c. All'U.O. Personale Convenzionato
Via Napoli, 8
72100 Brindisi**

**COMUNICAZIONE DI ADESIONE AL PROGETTO REGIONALE DI RILEVAZIONE
EPIDEMIOLOGICA DELLA SINDROME METABOLICA**

Con la presente, il sottoscritto Dr., nato a
il e residente in alla via n.....,
Tel PEC cod. reg.
medico Titolare di Medicina di Base nel DSS di nell'ambito territoriale
del comune di con n. di assistiti pari a,
consapevole che in caso di dichiarazioni false o mendaci sarà punito ai sensi del codice penale e
delle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. 445/2000) e che, inoltre, qualora dal controllo
effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai
benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non
veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000),

Dichiara

- 1) Di svolgere il seguente orario di servizio settimanale nel rispetto dei limiti di impegno orario così come previsti e definiti dal comma 5 art. 36 dell'ACN :

| Fasce orarie ambulatorio | lunedì | martedì | mercoledì | giovedì | venerdì | sabato | totale ore |
|--------------------------|--------|---------|-----------|---------|---------|--------|------------|
| antimeridiano | | | | | | | |
| pomeridiano | | | | | | | |

- 2) Di svolgere la propria attività nei seguenti ambulatori medici :

a) ambulatorio PRINCIPALE sito in Alla via

| Fasce orarie ambulatorio | Lunedì | Martedì | Mercoledì | Giovedì | Venerdì | sabato |
|--------------------------|--------|---------|-----------|---------|---------|--------|
| Antimeridiano | | | | | | |
| pomeridiano | | | | | | |

b) ambulatorio sito in Alla via n.

| Fasce orarie ambulatorio | Lunedì | Marte di | Mercoledì | Giovedì | Venerdì | sabato |
|--------------------------|--------|----------|-----------|---------|---------|--------|
| Antimeridiano | | | | | | |
| pomeridiano | | | | | | |

c) ambulatorio sito in Alla via n.

| Fasce orarie ambulatorio | Lunedì | Marte di | Mercoledì | Giovedì | Venerdì | sabato |
|--------------------------|--------|----------|-----------|---------|---------|--------|
| Antimeridiano | | | | | | |
| pomeridiano | | | | | | |

3) di fare parte della Medicina di :

- Gruppo denominata
- Rete denominata
- Super Gruppo denominata
- Super Rete denominata
- CPT denominata
- Associazione semplice denominata

Costituita dal sottoscritto e dai dottori :.....

.....

.....

4) di aver preso visione e di operare nel rispetto e secondo i parametri e le previsioni contenute nell'allegato C dell'Accordo Integrativo Regionale 2008 (BURP n. 10 del 18.01.2008 pag. 1877)

5) di aderire al progetto aziendale SINDROME METABOLICA

.....il

TIMBRO E FIRMA

.....