

MODULO B – DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'ANTICIPO DELLA PRESTAZIONE PREVIDENZIALE (APP)

All'Azienda Sanitaria di.....

.....

Il/La sottoscritto/a....., nato/a  
a.....

(prov.....) il..... Codice Fiscale.....

Comune di residenza.....(prov.....)

Indirizzo .....n.....Cap.....

telefono.....

PEC.....e-mail.....

Titolare di incarico a tempo indeterminato nella branca specialistica  
di..... per n..... ore settimanali.

DICHIARA

- di aver ottenuto la certificazione dall'ENPAM del possesso dei requisiti per l'Anticipo di Prestazione Previdenziale con provvedimento prot. N..... del..... (copia in allegato);
- di non essere titolare di altro incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale convenzionato;
- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale convenzionato nella branca di..... presso  
l'Azienda..... della Regione..... ore settimanali.....;  
l'Azienda..... della Regione..... ore settimanali.....;  
l'Azienda..... della Regione..... ore settimanali.....; (\*)
- di assicurare l'espletamento dell'intero orario di incarico fino all'entrata in servizio dello specialista neo incaricato / degli specialisti neo incaricati

CHIEDE

di essere ammesso alla procedura di Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP) con riduzione del 50% delle ore di incarico.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(\*) in tal caso la domanda va indirizzata ed inviata contemporaneamente a tutte le Aziende in cui è titolare di incarico