RICHIESTA DI INDENNITA' PER IL COLLABORATORE INFERMIERISTICO (RUAP)

Il/La sottoscritto/a dott./ssa_____ cod. reg._____

codice fiscale_____ residente in _____

via/p.zza _____ n. ___ Medico a ruolo unico di assistenza

primaria con iscrizione negli elenchi dell'ambito di_____

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

chiede

il riconoscimento economico dell'indennità per il **collaboratore infermieristico** ai sensi dell'AIR/2025 art. 7 "Collaboratore di Studio e Infermieristico"

A tal fine dichiara:

1. di avere in carico un numero di scelte pari a _____
2. di fare parte dell'Associazione di AFT n. _____ **sì** |_| **no** |_|
3. di operare in aree disagiate e disagiatissime **sì** |_| **no** |_|
4. di operare in CdC/Hub/Spoke **sì** |_| **no** |_|
   - in caso affermativo indicare la struttura_____
5. che il collaboratore_____ nato il_____:

   (cognome e nome)

   € È stato assunto direttamente dal medico; **sì** |_| **no** |_|
   - In caso affermativo, assunto dal sottoscritto per n._____ **(*)** ore settimanali
   - In caso negativo indicare la Società di servizio, cooperativa o forma associativa che ha assunto il suddetto personale _____;

   € È inquadrato contrattualmente nel rispetto del profilo ricoperto;

   € È iscritto all'albo della Federazione Nazionale Ordini Professionali Infermieristiche di _____ n.iscrizione_____;

   € Nell'ambito dell'AFT, svolge l'attività presso la sede_____;

Prendo atto di quanto stabilito all'Art.7.3 dell'Accordo Integrativo Regionale DGRT n.1252/2025, in particolare:
Gli importi erogati dall'Azienda in relazione alle già menzionate indennità non potranno essere comunque superiori a quanto effettivamente speso dai medici a RUAP.
Le aziende sono tenute a verificare annualmente, anche a campione, le dichiarazioni e documentazioni presentate dai medici richiedendo copia delle fatture ai professionisti sia per tutte le attivazioni nelle nuove associazioni che per quelle già in essere.

Nel caso in cui l'indennità percepita risulti superiore alla spesa effettivamente sostenuta l'Azienda ha la possibilità di rivalsa tramite la sospensione dell'indennità sino al recupero dell'eccedenza.

Si allega:

□ dichiarazione della Società _____, da cui risulta il numero delle ore settimanali contrattuali, l'inquadramento del personale e il numero di ore a disposizione del medico;

□ autocertificazione nella quale si attesta l'assunzione diretta, l'inquadramento e le ore contrattuali.

□ Copia di un documento d'identità in corso di validità.

Data _____ Timbro e firma

_____

(*)

Art. 7.2 Accordo Integrativo Regionale DGR n.1252/2025

- medico con meno di 650 scelte: almeno 3 ore settimanali
- medico con oltre 650 scelte: almeno 5 ore settimanali