



- essere Medico di Medicina Generale convenzionato con l'Azienda USL Umbria n. _____ con un'anzianità di almeno 5 anni di attività convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale a decorrere dal _____
- oppure, in subordine, essere Medico di Medicina Generale convenzionato con l'Azienda USL Umbria n. _____ con un'anzianità di almeno 4 anni di attività convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale a decorrere dal _____
- possedere la titolarità di un numero di assistiti nella misura almeno pari alla metà del massimale vigente (massimale vigente 1500 assistiti)

Inoltre **dichiara:**

2. di operare presso lo studio o gli studi professionali accreditati, situati in:

Via _____ Città _____

Via _____ Città _____

Via _____ Città _____

3. di appartenere ad una delle seguenti forme associative (*barrare la scelta*):

- medicina di gruppo
- medicina in rete o in associazione
- medicina in cooperativa o casa della salute
- nessuna

4. di utilizzare per l'attività ambulatoriale la collaborazione di (*barrare la scelta*):

- personale infermieristico
- personale di segreteria
- personale infermieristico e di segreteria
- nessuno

5. di disporre di un sistema informatico adeguato secondo le normative vigenti

6. di allegare alla presente, la copia del documento d'identità

7. di autorizzare il trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs n.196/2003 smii

Data _____

Firma _____