

## Domanda per l'indennità di quarantena

- Medici di assistenza primaria
- Pediatri di libera scelta
- Medici di continuità assistenziale
- Medici di emergenza territoriale
- Medici di medicina dei servizi
- Specialisti Ambulatoriali

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Codice Enpam \_\_\_\_\_ Codice Fiscale

Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**Consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, sono previste la perdita dei benefici conseguiti e sanzioni penali (articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000)**

DICHIARO

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

di essere stato/di essere sottoposto dall'Autorità sanitaria territorialmente competente:

- In quarantena con sorveglianza attiva dal ..... al.....
- In permanenza domiciliare con sorveglianza sanitaria e isolamento fiduciario dal..... al.....
- In altra misura di prevenzione equivalente (*specificare quale*) \_\_\_\_\_ dal ...al...
- di aver sospeso l'attività convenzionata dal..... al..... in qualità di:
  - Medico di assistenza primaria
  - Pediatra di libera scelta
  - Medici di continuità assistenziale
  - Medici di emergenza territoriale
  - Medici di medicina dei servizi
  - Specialisti Ambulatoriali

Di aver l'assunto l'incarico dal \_\_\_\_\_

Se l'incarico è a tempo determinato indicare anche il periodo \_\_\_\_\_



luogo e data \_\_\_\_\_

firma (*del dichiarante*)

Allego la seguente documentazione:

- Cedolino riferito al compenso dell'ultimo mese di attività convenzionale precedente la quarantena
- Fattura o ricevuta fiscalmente valida comprovante il pagamento del sostituto con indicazione del periodo di sostituzione
- Fotocopia del documento d'identità