

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 _____

- di non aver percepito il compenso professionale per il suddetto periodo
- di aver pagato per il suddetto periodo ○ di non aver pagato per il suddetto periodo il sostituto ○

▪ Indicare l’Azienda Sanitaria presso la quale si presta attività:

Azienda	Sanitaria	di		Distretto	di
Ufficio	(indicare il nome del servizio)				
Referente					e-mail
PEC					Telefono

Azienda	Sanitaria	di		Distretto	di
Ufficio	(indicare il nome del servizio)				
Referente					e-mail
PEC					Telefono

- di aver aderito al regime fiscale forfettario (L. 190/2014 s.m.i.);
- di aver aderito al regime dei contribuenti minimi (art. 27 del decreto legislativo n. 98 del 2011 convertito in legge n.111/2011)

CHIEDO

- **l’indennità giornaliera**
- **il rimborso della fattura/ricevuta fiscale relativa al pagamento del sostituto**

L’accredito dell’importo dovrà essere effettuato sul conto corrente bancario/postale a me intestato:

Istituto bancario/postale _____

FILIALE/AGENZIA N° _____ DI _____ (località)

IBAN:	<input style="width: 100%; height: 20px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
BIC	<input style="width: 20px; height: 20px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>

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