



Torino, 10 Settembre 1999

A Tutti i Medici di Medicina Generale  
**ISCRITTI** al Sindacato  
Loro Sedi

In seguito alle comunicazioni già precedentemente date circa le quote aggiuntive, per medici interessati, inviamo il modulo da compilare e da presentare alla Vostra A. S. L.. Cordiali collegiali saluti.

A CURA DELLA REDAZIONE DEL BOLLETTINO DEL SINDACATO DEI  
MEDICI DI MEDICINA GENERALE DELLA PROVINCIA DI TORINO

**AL SERVIZIO CONVENZIONI** Asl n ..... di .....

**AL DIRETTORE GENERALE** Asl n .....di .....

**Oggetto:Compenso aggiuntivo ai titolari di doppio incarico compatibile  
nella Assistenza primaria.**

Il Sottoscritto Dr .....

Nato a .....il .....

Convenzionato con codesta Asl con incarico di'

Medico di Medicina Generale / Continuità Assistenziale / Medicina dei Servizi /  
Emergenza sanitaria Territoriale (\*), a far data  
dal ..... al sensi della Nota n. 100.1 / QUE / 2558 / 3083 del Ministero  
della sanità, Ufficio Legislativo, emanata in data 10.05.99, **in** quanto medico di  
assistenza primaria con doppio incarico compatibile, che non ha percepito il  
suddetto compenso da codesta Asl a causa di una erronea interpretazione  
delle norme convenzionali

**CHIEDE:**

la corresponsione del suddetto compenso aggiuntivo per l'attività di medico di  
Medicina Generale/Continuità Assistenziale/Medicina dei Servizi/Emergenza  
sanitaria Territoriale (\*)

a far data dal ..... vale a dire dal conferimento dell'incarico / entrata in  
vigore dell'ACN di cui al DPR 484/96, pubblicata nel settembre 1996 ma  
esplicante i suoi effetti economici dal 1 gennaio 1995.

Distinti saluti.

**Firma**

(\*) cancellare la voce che non interessa