

APERTURA POLIZZA 81302066 IN VIGORE DAL 1/6/2008

Per fax:
c/o FIMMG
0654896659 - 0654896266

Oggetto: comunicazione apertura malattia/infortunio extra professionale

Il sottoscritto: COGNOME _____ NOME _____

Codice Fiscale																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Medico di Continuità Assistenziale Emergenza Sanitaria
convenzionato con la A.S.L. _____

dichiara di essersi assentato dal lavoro per **malattia** dalla data del _____

dichiara di essersi assentato dal lavoro **infortunio extra professionale** dalla data del _____

(per l'infortunio professionale vedi modulo denuncia ASL)

e che l'ultimo turno effettuato precedente al periodo di malattia/infortunio è stato svolto in data _____,
dichiaro inoltre di:

non svolgere altri incarichi in Convenzione

svolgere anche l'attività di Assistenza Primaria

Il mio recapito è il seguente:

Piazza/Via _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

Allega:

Certificato medico con diagnosi e prognosi (esclusa l'autocertificazione)

Certificato di ricovero

Lettera A.S.L. di conferimento dell'incarico

Certificato di pronto soccorso

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003 sulle finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà dati "sensibili" di cui ho appreso il significato (art.4 comma 1 lett. d e art.26 D.lgs. 196/2003), autorizzo il trattamento dei dati di cui sopra, nonché di quelli contenuti nella documentazione da me prodotta con riferimento alla pratica di danno sopra indicato, da parte degli uffici della FIMMG per inoltrare e seguire l'iter della pratica agli uffici delle Assicurazioni Generali preposti all'adempimento degli obblighi e delle procedure previsti dalla polizza per il rimborso del danno stesso, con le modalità previste dalle Leggi e dai regolamenti vigenti in materia di prestazioni assicurative.

Luogo e Data _____ **Firma** _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità dichiara di essere iscritto alla FIMMG

Luogo e Data _____ **Firma** _____

Fimmg effettuerà tutti i controlli necessari per verificare lo stato di iscrizione, riservandosi il diritto accettare le comunicazioni di apertura malattia solo degli iscritti.

N.B. la richiesta sarà inoltrata solo se il richiedente compila il modulo correttamente apponendo tutti i dati e le firme richieste.