

ASSISTENZA PRIMARIA: GRADUATORIA ASSOCIAZIONISMO ANNO _____

DOMANDA PER ACCEDERE ALL' INDENNITA' PER LA FORMA MISTA DI ASSOCIAZIONE

Segnare la tipologia di Associazione:

<input type="checkbox"/> ASSOCIAZIONE DI NUOVA COSTITUZIONE
<input type="checkbox"/> ASSOCIAZIONE GIA' COSTITUITA non beneficiaria dell'indennità o in cui si siano inseriti nuovi componenti

Al Direttore Generale
Azienda sanitaria Provinciale di Enna
Viale Diaz, 7/9 Enna

I dottori:

Referente: Nominativo.....

nato ail, residente in.....,

provincia, via

medico di assistenza primaria convenzionato con l'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna codice

regionale recapito telefonico

p.e.c..... e-mail.....;

tipologia : medicina in rete medicina di gruppo

per associazione già costituita, segnare la casella di interesse:

Titolare di indennità

Non titolare di indennità (beneficiario fuori budget, non beneficiario, nuovo inserito)

Nominativo.....

nato ail, residente in.....,

provincia, via

medico di assistenza primaria convenzionato con l'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna codice

regionale recapito telefonico

tipologia: medicina in rete medicina di gruppo

per associazione già costituita, segnare la casella di interesse:

Titolare di indennità

Non titolare di indennità (beneficiario fuori budget, non beneficiario, nuovo inserito)

Nominativo.....

nato ail, residente in.....,

provincia, via

medico di assistenza primaria convenzionato con l'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna codice

regionale recapito telefonico

tipologia : medicina in rete medicina di gruppo

per associazione già costituita, segnare la casella di interesse:

Titolare di indennità

Non titolare di indennità (beneficiario fuori budget, non beneficiario, nuovo inserito)

Nominativo.....

nato ail, residente in.....,

provincia, via

medico di assistenza primaria convenzionato con l'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna codice

regionale recapito telefonico

tipologia : medicina in rete medicina di gruppo

per associazione già costituita, segnare la casella di interesse:

Titolare di indennità

Non titolare di indennità (beneficiario fuori budget, non beneficiario, nuovo inserito)

Nominativo.....

nato ail, residente in.....,

provincia, via

medico di assistenza primaria convenzionato con l'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna codice

regionale recapito telefonico

tipologia : medicina in rete medicina di gruppo

per associazione già costituita, segnare la casella di interesse:

Titolare di indennità

Non titolare di indennità (beneficiario extra budget, non beneficiario, nuovo inserito)

chiedono la corresponsione dell'indennità per la forma mista di associazione

(Art. 1, comma 8 lettera d, dell'Accordo Regionale di Assistenza Primaria - Decreto 6 settembre 2010).

A tal fine dichiarano (1), ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, di essere in possesso dei requisiti previsti dall'Accordo Regionale di Assistenza Primaria, reso esecutivo con Decreto del 6 settembre 2010, e di avere depositato, ai sensi di legge, l'atto costitutivo all'ordine provinciale dei medici di Enna:

Prot. n.del

ed eventuali comunicazioni delle variazioni intervenute in seno all'Associazione comunicate all'Ordine dei Medici con prot. n. del

Si allega alla presente:

Nuova associazione

-copia atto costitutivo dell'associazione con numero e data protocollo ordine dei medici;

-copia contratto con il fornitore della rete di tutti i componenti l'associazione (*"il collegamento reciproco degli studi dei medici con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti l'associazione"* lett. c. comma 8 e *"la gestione della scheda sanitaria su supporto informatico e collegamento in rete dei vari supporti"* lett. e comma 9 dell'art. 54 ACN MMG 2005);

-orari dedicati all'attività dell'associazione di tutti i componenti;

-copia documento di identità di tutti i componenti.

Associazione già costituita

- copia eventuali comunicazioni di variazione dell'atto costitutivo con numero e data protocollo ordine dei medici;
- attestazione del fornitore della rete (*lett. c. comma 8 e lett. e comma 9 art. 54 dell'ACN MMG 2005*);
valida per l'anno in corso di tutti i componenti l'associazione;
- orari dedicati all'attività dell'associazione di tutti i componenti;
- copia documento di identità di tutti i componenti.

Data

Firme di tutti i componenti dell'Associazione (2)

.....

.....

Il Referente dell'Associazione (2)

N.B. La domanda dovrà essere inoltrata entro il 31 dicembre di ogni anno corredata dagli allegati sopracitati, pena l'esclusione.

(1) Ai sensi dell'art. 76, comma 1 del D.P.R. n. 445/2000 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".

(2) Ai sensi dell'art. 38, comma 3 del D.P.R. n. 445/2000 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

