

**ASSISTENZA PRIMARIA: GRADUATORIA ASSOCIAZIONISMO ANNO \_\_\_\_\_**

**DOMANDA PER ACCEDERE ALL' INDENNITA' PER LA MEDICINA IN RETE**

*Segnare la tipologia di Associazione:*

<input type="checkbox"/> <b>ASSOCIAZIONE DI NUOVA COSTITUZIONE</b>
<input type="checkbox"/> <b>ASSOCIAZIONE GIA' COSTITUITA</b> 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 a .....il ....., 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.....;

*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 a .....il ....., residente in.....

provincia ....., via.....

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

regionale ..... recapito telefonico.....;

*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 a .....il ....., residente in.....

provincia ....., via.....

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

regionale ..... recapito telefonico.....;

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 a .....il ....., residente in.....;

provincia ....., via.....;

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

regionale ..... recapito telefonico.....;

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 a .....il ....., residente in.....;

provincia ....., via.....;

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

regionale ..... recapito telefonico.....;

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 medicina in rete

(Art. 59 dell'Accordo Collettivo Nazionale 29 luglio 2009).

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 art. 54 dell'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 art. 54 dell'ACN MMG 2005) di tutti i componenti l'associazione valida per l'anno in corso;
- 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.

