

**DOMANDA PER ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI IDONEI PER IL RUOLO DI CO - GESTORE**  
**PER LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI E/O FRAGILI**  
*(ai sensi delle DDGRR N. 6164/2017 E 6551/2017)*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ MMG/PDF con studio in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ PI/CF \_\_\_\_\_, codice regionale \_\_\_\_\_

con la presente esprimo interesse a svolgere l'attività di Co - Gestore per la presa in carico dei pazienti cronici.

In qualità di co-gestore esprimo l'impegno ad assicurare l'attività per i miei assistiti nel territorio di competenza.

In qualità di co-gestore esprimo l'impegno ad assicurare, a regime, alcune delle prestazioni indicate nei provvedimenti regionali richiamati, tra cui tipicamente la stesura del PAI, per tutte le patologie e nei livelli sotto indicati (è possibile indicare più opzioni):

PATOLOGIE	1' LIVELLO	2' LIVELLO	3' LIVELLO
TUTTE			

In qualità di co-gestore dichiaro altresì l'impegno a collaborare con uno o più soggetti gestori, che saranno individuati dai miei assistiti sulla base dell'elenco degli idonei redatto e comunicato dall'ATS.

Dichiaro altresì di conoscere e di accettare pienamente tutti i contenuti e le disposizioni definite, compreso il sistema di remunerazione, dalle DDGRR n. 6164/2017 e 6551/2017.

Indico come indirizzo di posta elettronica certificata da utilizzare per ogni comunicazione relativa alla domanda in oggetto il seguente indirizzo PEC \_\_\_\_\_

Data

Firma

Si allega fotocopia non autenticata di un proprio documento di identità in corso di validità.