

DOMANDA PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI IDONEI PER IL RUOLO DI EROGATORE A SUPPORTO
DELLA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI E/O FRAGILI
DA PARTE DEI MMG/PLS IN FORMA AGGREGATA
(ai sensi delle DDGGRR N. 6164/2017 E 6551/2017)

Il sottoscritto _____ Legale Rappresentante dell'Ente
_____ avente sede legale in _____
via _____ CAP _____ PI/CF
_____, in qualità di

- Struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata accreditata e a contratto al 30/1/2017
- Struttura sanitaria privata accreditata al 30/1/2017

consapevole delle responsabilità penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere e falsità in atti previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. e che, ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R., ha luogo la decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, rende, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. citato, le seguenti dichiarazioni sostitutive di certificazioni e di atti di notorietà,

con la presente esprimo interesse a svolgere l'attività di Erogatore per la presa in carico dei pazienti cronici

In qualità di erogatore esprimo l'impegno ad assicurare tutte le prestazioni richieste dal gestore con la quale definirò degli accordi finalizzati alla presa in carico dei pazienti cronici, rispettando tempi e modalità di erogazione definiti nel PAI dei singoli pazienti.

Come Ente accreditato e a contratto o solo accreditato mi impegno a mettere a disposizione le prestazioni relative a tutte le branche specialistiche presenti nell'assetto accreditato, in modo da rispondere ai relativi set di riferimento.

In qualità di erogatore mi impegno ad assicurare di norma l'attività nel territorio di tutta l'ATS (fermo restando il criterio della prossimità).

Dichiaro altresì di conoscere e di accettare pienamente tutti i contenuti e le disposizioni definite, compreso il sistema di remunerazione, dalle DDGGRR 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.