**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 seguenti indirizzo PEC** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data Firma

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