

Spett.le
DIREZIONE SANITARIA
SC Farmaceutico
ATS di BRESCIA
Viale Duca degli Abruzzi, 15 – BRESCIA
PEC: protocollo@pec.ats-brescia.it

Oggetto: Richiesta inserimento “Elenco Medici Specialisti abilitati alla definizione dei piani di riabilitazione ed alla prescrizione delle forniture protesiche necessarie alla loro realizzazione”.

Il sottoscritto _____ in qualità di Direttore Sanitario della Struttura _____, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

che il Dr./la Dr.ssa _____ CF _____
(cognome e nome) (codice fiscale)
nato/a a _____ (____) il _____, residente a _____
Via e n. _____

- è laureato/a in Medicina e Chirurgia ed abilitato all'esercizio professionale
- è in possesso del seguente titolo di specializzazione:

- afferisce a questa Struttura in qualità di _____ U.O. _____
(dipendente/convenzionato)
- () opera o () NON opera nell'ambito del Centro di Prescrizione _____
che risponde ai requisiti di cui alla nota della Direzione Generale Sanità H1.2013.7354 del 04/03/2013;
- dispone dei seguenti strumenti operativi:
 - carta operatore CRS/SISS attiva riferita alla Struttura Ospedaliera di afferenza;
 - postazione informatica CRS/SISS abilitata all'effettuazione delle prescrizioni mediante il software regionale Assistant-RL con connessione ad internet e n. 2 lettori smart card

CHIEDE

che venga inserito nell'Elenco dei Medici Specialisti abilitati alla definizione dei piani di riabilitazione ed alla prescrizione delle forniture protesiche necessarie alla loro realizzazione (credenziale estesa _____) ¹

Il Direttore Sanitario richiedente e lo specialista sottoscritti:

- garantiscono che l'attività prescrittiva sia svolta nel rispetto della normativa vigente (Nuovo Nomenclatore Tariffario di Assistenza Protesica di cui al DPCM 12.01.2017) e, pertanto, **non nel corso dell'attività libero-professionale;**
- si impegnano ad informare tempestivamente l'ATS in ordine a variazioni che dovessero intervenire in merito a quanto sopra dichiarato;
- dichiarano di essere informati che l'ATS tratterà i dati personali conferiti con il presente modulo, con modalità prevalentemente informatiche e telematiche, per le finalità previste dal Regolamento (UE) 2016/679 (RGPD), esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Ogni informazione/comunicazione che l'ATS riterrà opportuno inoltrare potrà essere inviata al seguente indirizzo e.mail istituzionale dello specialista (obbligatorio): _____

Data, _____

LO SPECIALISTA

IL DIRETTORE SANITARIO

(timbro e firma)

(timbro e firma)

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione delle firme e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

La dichiarazione deve essere trasmessa all'ATS a cura della Direzione Sanitaria della Struttura Ospedaliera.

1) L'elenco delle credenziali estese è pubblicato sul sito web di ATS