**CARTA INTESTATA STRUTTURA RICHIEDENTE**

Spett.le ATS VAL PADANA

SC Servizio Farmaceutico

[farmaceutico@ats-valpadana.it](mailto:farmaceutico@ats-valpadana.it)

OGGETTO: **Domanda di iscrizione nell’elenco dei medici di RSA/RSD prescrittori di dispositivi protesici durevoli della ATS Val Padana. PRESCRIZIONI CON PORTALE ASSISTANT-RL**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di Legale Rappresentante 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, e viste la Nota Regione Lombardia Protocollo G1.2015.0022306 del 24/12/2015 e Allegato 2; Nota Regione Lombardia Protocollo G1.2015.0023799 del 06/08/2015; Nota Regione Lombardia Protocollo G1.2017.0038820 del 22.12.2017 e Allegato 1 e Allegato 3; Nota Regione Lombardia Prot. G1.2021.0033999 del 19.05.2021 e DGR n. XI/5012 del 05.07.2021

**CHIEDE**

l’attivazione alla prescrizione nel sistema ASSISTANT-RL, a carico del SSR, solo per gli ospiti della struttura in cui il medico opera, per:

☐ dispositivi protesici ad uso esclusivo e non occasionale(allegato 2 – ausili RSA nota RL 23799 del 6/8/2015) - MRSA

dispositivi per l’automonitoraggio del diabete a favore degli ospiti “aventi diritto” (DGR XI/5012 del 05.07.2021), e degli ausili prescrivibili da parte dei medici RSA (allegato 2 – ausili RSA nota RL 23799 del 6/8/2015) - MRSAPRODIA

per il seguente Medico

Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LUOGO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail (di struttura)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine, **DICHIARA** che il/la Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RESPONSABILE SANITARIO  MEDICO CON COMPETENZA PRESCRITTIVA

è laureato/a in Medicina e Chirurgia ed è abilitato/a all’esercizio professionale;

ha incarico di dipendente **a tempo indeterminato** (DM 332/99 art.4, comma 2);

ha incarico di dipendente **a tempo determinato** (DM 332/99 art.4, comma 2), con contratto fino al (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (almeno 1 anno);

ha incarico **libero professionale** per n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore/settimana (almeno 20 ore/settimana) per attività da svolgersi in regime convenzionato con il SSR.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SI IMPEGNA** a

1. informare tempestivamente l’ATS in ordine a **variazioni** (ad esempio cessazioni, …) che dovessero intervenire in merito a quanto sopra dichiarato;
2. rendere disponibile una **postazione attrezzata per la prescrizione on-line mediante il sistema regionale Assistant-RL (hardware, software, stampante e accessibilità alla rete)**;

**COMUNICA** che il medico oggetto dell’istanza

1. dispone di CARTA SISS con NUMERO SERIALE (obbligatorio inserire serie numerica riportata sulla Carta)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***ATTENZIONE: IL MEDICO PER IL QUALE SI CHIEDE IL RILASCIO DELLA CREDENZIALE MRSA O MRSAPRODIA DEDE ESSERE GIA’ IN POSSESSO DI CARTA SISS****. Prima di presentare istanza di abilitazione per il medico prescrittore di dispositivi le Strutture Sociosanitarie devono rivolgersi ai referenti ATS del proprio territorio per il rilascio della Carta CRS-SISS.*

1. è già abilitato alla prescrizione di dispositivi protesici con credenziale MRSA  Sì  NO
2. presta la propria attività presso la sede

Denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CUDES \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N. posti letti accreditati e contrattualizzati \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presta la propria attività presso la seguente altra sede

Denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CUDES \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N. posti letti accreditati e contrattualizzati \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**È INFORMATO** che

1. ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di acconsentire al trattamento degli stessi da parte di ATS Val Padana;
2. la Pubblica Amministrazione potrà eseguire i controlli previsti dalle Leggi in materia di autocertificazione (art. 71 D.P.R. 445/2000);

Al fine del rilascio delle credenziali per la prescrizione on line con Assistant-RL dei Piani Terapeutici di dispositivi **il Medico sottoscritto garantisce:**

1. che l’attività prescrittiva sia svolta nel rispetto della normativa vigente nel corso dell’attività in regime convenzionato con il SSR o libero professionale intramuraria secondo quanto indicato dalla nota regionale G1.2022.0023542 del 01/06/2022 e successive integrazioni.

In fede,

Il Medico Il Legale rappresentate

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(timbro e firma) (timbro e firma)

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*- spazio riservato all’amministrazione ATS-*

Considerato quanto sopra dichiarato si esprime parere

□ Favorevole

□ Non favorevole

all’inserimento del medico nell’elenco dei medici RSA prescrittori di dispositivi protesici durevoli della ATS della Val Padana.

Il punto PDA/PDR di ATS ha provveduto all’inserimento delle credenziali estese richieste (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Visto, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Servizio Farmaceutico

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_