**CARTA INTESTATA STRUTTURA RICHIEDENTE**

Spett.le ATS VAL PADANA

SC Servizio Farmaceutico

farmaceutico@ats-valpadana.it

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

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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/la Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nata/o il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

[ ]  è in possesso della specializzazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ha incarico:

[ ]  **dipendente**

 ⭘ a tempo indeterminato (DM 332/99 art.4, comma 2);

 ⭘ a tempo determinato (DM 332/99 art.4, comma 2), con contratto fino al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (almeno 1 anno);

[ ]  **specialista ambulatoriale** (ex SUMAI)

⭘ Indeterminato

⭘ Determinato, con contratto fino al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) per n. \_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali, con contratto in relazione funzionale con la U.O. di ricovero accreditata

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

[ ]  **libero professionale** per n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore/settimana (almeno 20 ore/settimana) per attività inerente la prescrizione di protesica da svolgersi in regime convenzionato con il SSR (di reparto o ambulatoriale, ex art. 25 L.833/78) per attività di equipe in U.O. di ricovero accreditata nella disciplina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con contratto fino al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (gg/mm/aa)

*N.B. il prescrittore deve essere in organico alla struttura, qualunque sia il rapporto di lavoro con la stessa (non sono comprese consulenza, attività provata, ecc. perché queste non comportano obblighi formativi, disponibilità audit, revisioni, … - Nota Regione Lombardia Prot. H1.2013.0007354 del 04.03.2013)*

che il medico oggetto dell’istanza

1. dispone di CARTA SISS attiva con ruolo 13 (medico specialista) con NUMERO SERIALE (obbligatorio inserire serie numerica riportata sulla Carta)

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

*ATTENZIONE: qualora il medico non sia già in possesso di carta CRS-SISS deve rivolgersi al punto PdA/PdR della struttura richiedente* ***PRIMA*** *di presentare istanza come medico prescrittore di dispositivi protesici. Le strutture private accreditate, se prive di PdA/PdR, devono rivolgersi ai referenti ATS per il rilascio.*

1. presta la propria attività presso la sede (prevalente)

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

Codice struttura (L1/L2/L3)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

UOS/UOSD/UPC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ambulatorio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail del medico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. presta la propria attività presso la seguente altra sede

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

Codice struttura (L1/L2/L3)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

UOS/UOSD/UPC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ambulatorio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail del medico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di iscrivere il medico sopra indicato nell’elenco dei medici specialisti prescrittori di dispositivi protesici durevoli della ATS della Val Padana mediante l’abilitazione al portale regionale ASSIST@NT-RL per la prescrizione online di *(barrare anche più opzioni)*:

[ ]  dispositivi su misura e di serie (*es. busto, calzature, plantari, carrozzina, cuscino, letto, materasso …*)

[ ]  automonitoraggio della glicemia (*es. strisce, lancette, siringhe, aghi …*)

[ ]  dispositivi prescrivibili solo da Centro di Prescrizione specialistico sotto specificato che risponde ai requisiti di cui alla nota regionale **H1.2013.7354 del 04/03/2013** (*es. ventilatori, protesi acustiche, dispositivi ottici elettronici, protesi d’arto, ortesi e protesi per piede diabetico, sistemi di monitoraggio continuo della glicemia …*) e **G1.2018.0015622 del 11/05/2018** *(stomie)*

[ ]  CENTRO DI PRESCRIZIONE PER LA VENTILAZIONE MECCANICA DOMICILIARE

[ ]  CENTRO DI PRESCRIZIONE PROTESI ACUSTICHE

[ ]  CENTRO DI PRESCRIZIONE ESOPROCESSORI IMPIANTI COCLEARI

[ ]  CENTRO DI RIABILITAZIONE VISIVA FUNZIONALE

[ ]  CENTRO DI CURA PIEDE DIABETICO

[ ]  CENTRO DI PRESCRIZIONE MICROINFUSORI INSULINA

[ ]  CENTRO DI PRESCRIZIONE PROTESI D’ARTO INFERIORE

[ ]  CENTRO DI PRESCRIZIONE STOMIE

**A tal fine lo specialista richiedente** **dichiara:**

[ ]  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;

[ ]  di essere in possesso di specifiche competenze per la prescrizione di protesi, ortesi e ausili tecnologici (DPCM 12.01.2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 - Allegato 12, art. 1, p.to 2);

**Il Direttore Sanitario richiedente si impegna a:**

[ ]  informare tempestivamente l’ATS in ordine a variazioni che dovessero intervenire in merito a quanto sopra dichiarato;

[ ]  predisporre un programma di formazione sulla prescrizione protesica indirizzato ai medici prescrittori di nuovo inserimento in attuazione a quanto richiesto da Regione Lombardia (Note regionali Prot. n. H1.2013.7354 del 04/03/2013, Prot. n. H1.2013.0033311 del 02/12/2013, Prot. n.H1.2014.0022167 del 19/06/2014 e successive);

[ ]  organizzare almeno un evento formativo annuale sull’assistenza protesica;

[ ]  rendere disponibile una postazione attrezzata per la prescrizione on-line dei dispositivi protesici durevoli (hardware, software, stampante e accessibilità alla rete);

**e dichiara di essere informato:**

[ ]  che, 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;

[ ]  che, ai sensi della DGR 24 luglio 2017 - n. X/6917, l’elenco dei medici prescrittori di dispositivi protesici durevoli è pubblicato sul sito dell’ATS Val Padana;

[ ]  che la Pubblica Amministrazione potrà eseguire i controlli previsti dalle Leggi in materia di autocertificazione (art. 71 D.P.R. 445/2000).

In fede,

 Il Medico Specialista Il Direttore Sanitario

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

 (timbro e firma) (timbro e firma)

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

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**

**- spazio riservato all’amministrazione ATS-**

Considerato quanto sopra dichiarato si esprime parere

□ Favorevole

□ Non favorevole

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

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

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

 Servizio Farmaceutico

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