**DOMANDA PER ISCRIZIONE NELL’ELENCO DEGLI IDONEI PER IL RUOLO DI MIFS (medico in forma singola)**

**PER LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI E/O FRAGILI**

***(ai sensi delle DDGGRR N. 6164/2017, 6551/2017, 754/2018 e 1046/2018)***

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MMG con studio in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PI/CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , codice regionale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con la presente esprimo interesse a svolgere l’attività di MIFS medico in forma singola per la presa in carico dei pazienti cronici.

In qualità di MIFS esprimo l’impegno ad assicurare l’attività per i miei assistiti nel territorio di competenza*.*

In qualità di MIFS esprimo l’impegno ad assicurare, a regime, alcune delle prestazioni indicate nei provvedimenti regionali richiamati, tra cui tipicamente la stesura del PAI, per tutte le patologie nei livelli sotto indicati *(è possibile indicare più opzioni):*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PATOLOGIE | 1' LIVELLO | 2' LIVELLO | 3' LIVELLO |
| TUTTE |  |  |  |

In qualità di MIFS dichiaro altresì l’impegno a collaborare con uno o più soggetti gestori, che saranno individuati dai miei assistiti sulla base dell’elenco degli idonei redatto e comunicato dall’ATS.

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, 6551/2017, 754/2018 e 1046/2018.

Indico come indirizzo di posta elettronica certificata da utilizzare per ogni comunicazione relativa alla domanda in oggetto il seguente indirizzo PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mentre per le comunicazioni ordinarie relative al progetto viene confermato l’indirizzo e-mail e il numero di telefono dichiarato come modalità di contatto al Dipartimento Cure Primarie.

Data Firma

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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETÀ

Io sottoscritto/a ......................................................................................................nato/a ..........................................................................................il..................................................

titolare di incarico per la medicina generale o/pediatria, dal.........

avvalendomi delle disposizioni in materia di auto certificazione di cui all'art. 7 del dpr n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del dpr n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonchè delle conseguenze di cui all'art. 75, co.1, del medesimo decreto, sotto la mia personale responsabilità, ai fini dell'espletamento delle funzioni, in forma singola, di gestore per la presa in carico dei pazienti cronici, di cui alle delibere della Giunta regionale della Lombardia n. X/6164 del 30/01/2017 e n. X/6551 del 04/05/2017

DICHIARO

1. di non aver avuto negli ultimi 3 anni, nè di avere in corso rapporti di collaborazione, diretti o indiretti, comunque retribuiti, coi soggetti erogatori di prestazioni sanitarie di cui all'elenco pubblicato sul sito ATS

2. di non aver avuto, con riguardo ai medesimi soggetti, negli ultimi 3 anni e di non aver in corso partecipazioni azionarie e altri interessi finanziari;

3. di non avere parenti e/o affini entro il secondo grado, coniuge o convivente, che hanno avuto negli ultimi 3 anni o hanno in corso rapporti di collaborazioni, partecipazioni azionarie o altri rapporti finanziari coi medesimi soggetti.

4. di impegnarmi a comunicare all'ATS tempestivamente l'insorgenza di ogni possibile conflitto di interessi coi medesimi soggetti.

In fede luogo e data