

All'Azienda Sanitaria Locale n.____
Dipartimento Cure Primarie

Assessorato Regionale alla Sanità
Comitato Regionale Permanente
Ex art. 12 DPR 270/00
e/o Servizio VIII Dip.F.S.R.
Piazza O. Ziino N. 24
90145 **PALERMO**

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ nato/a _____
(Prov.____) il __/__/_____ e residente a _____ (Prov.____) in Via/Piazza
_____ n°____ convenzionato /a con il S.S.N. nella qualità di medico di Medicina
Generale con Cod. Reg. n° _____ ed operante nell'ambito territoriale di _____
con studio/i sito/i in Via/Piazza: 1° studio _____ eventuale 2° studio
_____ in relazione a quanto previsto dall'art.17 dell'Accordo Regionale di
Medicina Generale pubblicato sulla GURS n.9 del 27/02/2004, comunica di possedere i requisiti ed
impegnarsi alle attività di cui al medesimo art.17 ed in particolare:

- di essere disposto a partecipare ad A.D.I. – A.D.P. – A.D.R.
- di aderire e condividere l'utilizzo di linee guida regionali per la prescrizione ai sensi dell'art.3 dell'Accordo Regionale
- di aderire a linee guida Aziendali, concordate e condivise con le OO.SS. e scientifiche della Medicina Generale
- di attivare la disponibilità telefonica diurna con le modalità stabilite dall'art. 17 dell'Accordo Regionale
- di rispettare l'orario di apertura dello studio come stabilito dall'art.17 dell'Accordo Regionale

A tal fine, sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti del T.U. 445/2000

DICHIARA

- che il proprio studio è informatizzato, fornito di Modem, Stampante e collegato ad internet con il seguente indirizzo e-mail _____
- di regolare gli accessi allo studio con almeno due delle seguenti modalità contrassegnate:
 - ricevere su prenotazione almeno tre giorni la settimana;
 - ricever cinque giorni in modalità "mista": accesso libero e accesso su prenotazione, riservando al secondo almeno la metà dell'orario di apertura;
 - utilizzare personale di segreteria (collaboratore di studio medico: art. 45 lett.B4 DPR 270/00);
 - uso di sistema "elimina-code" in sala d'attesa.

Si allega copia fotostatica di documento di identità

Data __/__/_____

(Timbro Regionale e Firma)