

SCHEMA DI DOMANDA DI INDENNITA' PER

ATTIVITA' INTEGRATIVE DI ASSISTENZA (ex progetto qualita')

Al Direttore Generale Azienda sanitaria provinciale n. 3 di Catania

Il sottoscritto dott.

nato aprovincia di..... il

residente in, provincia di, via

medico di assistenza primaria convenzionato con l'ASP n. 3 di Catania, cod. reg.;

con studio ain via.....

CHIEDE

la corresponsione dell'indennità per le "Attività integrative di assistenza" prevista dall'articolo 4 dell'accordo collettivo regionale, reso esecutivo con decreto del 06-09-2010.

A tal fine dichiara:

- Di osservare l'orario di apertura di studio previsto dall'allegato A del suddetto accordo (numero assistiti _____) –

Orario _____

- Di garantire la disponibilità telefonica diurna (sanitaria) dalle 8 alle 20 dei giorni feriali e dalle 8 alle 10 il sabato ed i prefestivi al seguente telefono fisso e/o mobile..... Tale/i numero/i telefonici è/sono pubblicizzato/i in sala d'attesa.
- Di ricevere i propri assistiti con una delle seguenti modalità:
 - a) su prenotazione almeno tre giorni la settimana
 - b) cinque giorni in modalità mista
- _____ di essere informatizzato, fornito di modem e stampante, collegato a internet e in possesso del seguente indirizzo e-mail _____@_____
- _____ di essere associato in: _____
- _____ partecipare alle attività A.D.I.
- _____ di non svolgere attività libero-professionale superiore alle 5 ore settimanali.

Si impegna a:

- analizzare e segnalare al distretto i ricoveri inappropriati
- informare e motivare i pazienti relativamente all'autogestione della patologia
- diffondere informazioni sulle iniziative di educazione dei pazienti e dei caregiver familiari organizzate dal distretto e motivazione alla partecipazione
- utilizzare la scheda di autogestione (self care) per i pazienti cronici prioritariamente per i pazienti con Diabete Mellito e Scompenso Cardiaco.

Data.....

Firma (3) _____

Note:

(1) Ai sensi dell'art. 76, comma 1 del D.P.R. n. 445/2000 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".

(2) da compilare solo a cura del Medico di Assistenza Primaria che svolge contemporaneamente Medicina dei Servizi/Continuità Assistenziale nello stesso ambito territoriale

(3) Ai sensi dell'art. 38, comma 3 del D.P.R. n. 445/2000 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

ART.4 - ACCORDO REGIONALE DI MEDICINA GENERALE

ALLEGATO A – *Tabella orario apertura di studio per numero assistiti* (non inviare all'ASL)

Numero assistiti	A.I.R. 2010
100	6 h
200	7 h
300	8 h
400	9 h
500	10 h
600	11 h
700	12 h
800	13 h
900	14 h
1000	15 h
1100	16 h
1200	17 h
1300	18 h
1400	19 h
1500	20 h