**CARTA INTESTATA STRUTTURA RICHIEDENTE**

Spett.le AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DELLA CITTA’ METROPOLITANA DI MILANO

UFFICIO PROTOCOLLO GENERALE

c.a. SS Vigilanza Autorizzativa Extra-Farmaceutica

PEC: protocollogenerale@pec.ats-milano.it

OGGETTO: **Domanda di attivazione profilo prescrittore Medici RSA/RSD per l’assistenza e gestione degli ospiti residenti in Regione Lombardia.**

**PRESCRIZIONI CON PORTALE ASSISTANT-RL (MODALITA’ ON-LINE).**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di Legale Rappresentante della RSA/RSD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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./ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ specialista in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Data di nascita |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| LUOGO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

* è laureato/a in Medicina e Chirurgia ed abilitato/a all’esercizio professionale;
* è in organico alla scrivente struttura, qualunque sia il rapporto di lavoro con la stessa (*non sono comprese consulenza, attività privata, ecc. perché queste non comportano obblighi formativi, disponibilità audit, revisioni ecc.*), in qualità di **(barrare la casella che interessa)**:

🞏 RESPONSABILE SANITARIO

🞏 MEDICO CON COMPETENZA PRESCRITTIVA

Sede di attività del MEDICO *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Indirizzo di attività del MEDICO *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Telefono e Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CODICE CUDES**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**🞏 GIA’ POSSESSORE DI CARTA OPERATORE CRS-SISS E POSTAZIONE ATTREZZATA PER LA PRESCRIZIONE ON-LINE DEI DISPOSITIVI PROTESICI DUREVOLI, PRESIDI E AUSILI**

**► NUMERO SERIALE CARTA SISS (inserire serie numerica riportata sulla Carta)**

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

**🞏 NON IN POSSESSO DI CARTA OPERATORE CRS-SISS E POSTAZIONE ATTREZZATA PER LA PRESCRIZIONE ON-LINE DEI DISPOSITIVI PROTESICI DUREVOLI, PRESIDI E AUSILI**

(inviare mail di richiesta a: percorsicronicita@ats-milano.it)

Viste Nota Regione Lombardia Prot. G1.2015.0022306 del 24/12/2015 e All. 2; Nota Regione Lombardia Prot. G1.2015.0023799 del 06/08/2015; Nota Regione Lombardia Prot. G1.2017.0038820 del 22.12.2017 e All. 1 e 3; Nota Regione Lombardia Prot. G1.2021.0033999 del 19.05.2021; DGR n. XI/5012 del 05.07.2021

**CHIEDE**

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

🞏 dispositivi protesici di serie (es. cuscino anti-decubito, deambulatore, carrozzina …) ad uso esclusivo e non occasionale;

🞏 presidi per l’automonitoraggio della glicemia (es. strisce, lancette, siringhe, aghi …).

**A tal fine il Legale Rappresentante richiedente e il medico sottoscritti:**

1. garantiscono che l’attività prescrittiva sia svolta nel rispetto della normativa vigente (Nuovo Nomenclatore Tariffario di Assistenza Protesica di cui al DPCM 12.01.2017) e che la responsabilità della prescrizione è in carico al prescrittore;
2. si impegnano ad informare tempestivamente l’ATS in ordine a variazioni che dovessero intervenire in merito a quanto sopra dichiarato;
3. di rendere disponibile una postazione attrezzata per la prescrizione on-line dei dispositivi protesici durevoli (hardware, software, stampante e accessibilità alla rete);
4. di impegnarsi a stipulare una **convenzione** tra la RSA e la struttura sanitaria pubblica per gli specialisti (ruolo 13) che svolgono la loro attività prescrittiva all’interno delle RSA, in nome e per conto della struttura convenzionata;
5. di essere informati 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 Milano Città Metropolitana;
6. di essere informati che la Pubblica Amministrazione potrà eseguire i controlli previsti dalle Leggi in materia di autocertificazione (art. 71 D.P.R. 445/2000);
7. di indicare i seguenti indirizzi e-mail (obbligatorio) della RSA/RSD richiedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del medico specialista \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ed il seguente recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per eventuali richieste di informazioni/comunicazioni.

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

Il medico di RSA/RSD Il Legale Rappresentante della RSA/RSD

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

 (timbro e firma) (timbro e firma)