**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 iscrizione nell’elenco dei medici specialisti prescrittori della ATS della Città Metropolitana di Milano.**

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

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di Direttore

Sanitario/Sociosanitario 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

🞏 è laureato/a in Medicina e Chirurgia, abilitato/a all’esercizio professionale ed iscritto al relativo Albo;

🞏 è in possesso della specializzazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

conseguita in data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞏 opera presso la struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod. struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in U.O. di ricovero accreditata per la disciplina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di:

🞏 **subordinato dipendente** con contratto a **tempo indeterminato** (CCNL), tempo pieno/tempo definito (cancellare opzione che non interessa) (DM 332/99 art.4, comma 2);

🞏 **subordinato dipendente** con contratto a **tempo determinato** (CCNL), tempo pieno/tempo definito (cancellare opzione che non interessa) (DM 332/99 art.4, comma 2), con contratto dal (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (almeno 1 anno);

\*svolge l’attività professionale in regime: [ ]  intramoenia

[ ]  extramoenia

🞏 **personale universitario convenzionato** con rapporto di lavoro esclusivo;

🞏 **medico specialista ambulatoriale convenzionato**, a tempo indeterminato/determinato (cancellare opzione che non interessa), per n. \_\_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali, con contratto in collegamento funzionale con la U.O. di ricovero accreditata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

🞏 **libero professionista**, per attività di équipe in U.O. di ricovero accreditata, per la disciplina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con contratto stipulato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con oggetto assistenza protesica, per n. \_\_\_\_\_\_\_\_ ore/settimana (almeno 19 ore/settimana) e scadenza il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (almeno 1 anno);

n.b. il prescrittore deve essere **in organico alla 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. - Nota Regione Lombardia Prot. Prot. H1.2013.0007354 del 04.03.2013*).

**►PRESCRIVE (barrare anche più voci):**

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

🞏 guaine su misura (DPCM 2017, allegato 5, Elenco 1) (solo Centro di riferimento per malattie rare)

🞏 automonitoraggio della glicemia (es. strisce, lancette, siringhe, aghi …)

🞏 ossigeno liquido

🞏 dispositivi prescrivibili **solo** dal **Centro di Prescrizione specialistico** (es. *ventilatori, protesi acustiche, protesi d’arto, ortesi e protesi per piede diabetico, microinfusori per insulina, sistemi di monitoraggio continuo della glicemia, dispositivi ottici elettronici* …) (specificare):

 **CENTRO DI PRESCRIZIONE PER LA VMD** (nota RL Prot. n. H1.2013.7354 del 04/03/2013: esclusivo per le seguenti branche specialistiche: pneumologia, anestesia e rianimazione, neurologia e pediatria)

 **CENTRO DI PRESCRIZIONE PROTESI ACUSTICHE** (nota RL Prot. n. H1.2013.7354 del 04/03/2013: esclusivo per le seguenti branche specialistiche: audiologia e otorinolaringoiatria)

 **CENTRO DI PRESCRIZIONE ESOPROCESSORI IMPIANTI COCLEARI**: sostituzione/manutenzione (nota RL Prot. n. H1.2013.7354 del 04/03/2013: esclusivo per le seguenti branche specialistiche: audiologia e otorinolaringoiatria)

 **CENTRO DI RIABILITAZIONE VISIVA FUNZIONALE** (nota RL Prot. n. H1.2013.7354 del 04/03/2013 - Legge 284/97 RL e altre strutture/Enti non afferenti alla Legge 284/97 RL ma che svolgono funzioni di riabilitazione funzionale visiva)

 **CENTRO DI CURA PIEDE DIABETICO** (nota RL Prot. n. H1.2013.7354 del 04/03/2013: esclusivo per le branche specialistiche: diabetologia, endocrinologia, ortopedia e traumatologia e chirurgia generale, vascolare o plastica)

 **CENTRO DI PRESCRIZIONE PROTESI D’ARTO INFERIORE** (nota RL Prot. n. H1.2013.7354 del 04/03/2013: esclusivo per le branche specialistiche: medicina fisica e riabilitativa, ortopedia e traumatologia e chirurgia generale, vascolare o plastica)

 **CENTRO DI PRESCRIZIONE MICROINFUSORI INSULINA** (nota RL Prot. n. H1.2013.0033311 del 02/12/2013: esclusivo per le seguenti branche specialistiche: diabetologia, endocrinologia e pediatria)

(IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA allegare “Scheda autocertificazione requisiti”, “Scheda elenco medici” aggiornate + C.V. del medico attestante la *formazione specifica*);

N.B. il Centro di prescrizione deve essere rispondente ai requisiti di cui alla nota della Direzione Generale Sanità Prot. H1.2013.7354 del 04/03/2013.

**►DISPONE DEI SEGUENTI STRUMENTI OPERATIVI:**

**- CARTA SISS ATTIVA CON INSERIMENTO DEL “PROFILO”: CODICE STRUTTURA RICHIEDENTE (L1/L2/L3), RUOLO 13 (MEDICO SPECIALISTA)**

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

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

**ATTENZIONE: IL MEDICO PER IL QUALE SI CHIEDE L’ISCRIZIONE DEVE ESSERE GIA’ IN POSSESSO DI CARTA SISS RILASCIATA DAL PUNTO PdA/PdR DELLA STRUTTURA RICHIEDENTE (se presente).**

**Le Strutture private accreditate, prive di PUNTO PdA/PdR, devono rivolgersi ai referenti ATS del proprio territorio, per il rilascio della Carta CRS-SISS, prima di presentare istanza come medico prescrittore di dispositivi protesici.**

**CHIEDE**

di iscrivere il medico nell’elenco dei medici specialisti prescrittori ON LINE della ATS della Città Metropolitana di Milano, allo scopo di predisporre, per i pazienti “aventi diritto”, in carico presso la Struttura Sanitaria, Piani Riabilitativi Individuali/Terapeutici.

**A tal fine lo specialista sottoscritto garantisce:**

1. 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);
2. di svolgere l’attività prescrittiva nel **rispetto della normativa vigente**, sia in regime convenzionato con il SSR di ricovero/ambulatoriale (ex art. 25 oppure ex art. 26 - SRE) sia in attività libero professionale intramuraria (Nota RL Prot. G1.2022.0023542 del 01/06/2022 ad oggetto “Piani terapeutici farmaci e ausili - attività professionali a pagamento richieste da terzi all'Azienda, ai sensi dell'art. 115, comma 1 lettera d) del CCNL 19/12/2019**”**);

**il Direttore Sanitario/Sociosanitario sottoscritto si impegna a:**

1. informare tempestivamente l’ATS in ordine a **variazioni** che dovessero intervenire in merito a quanto sopra dichiarato;
2. 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, n. H1.2013.0033311 del 02/12/2013, n. H1.2014.0022167 del 19/06/2014 e successive)**\***;
3. organizzare **almeno un evento formativo annuale sull’assistenza protesica\***;
4. rendere disponibile una **postazione attrezzata per la prescrizione on-line mediante il sistema regionale Assistant-RL (hardware, software, stampante e accessibilità alla rete)**;

(**\***ove pertinente)

**E dichiara:**

1. 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 Milano Città Metropolitana;
2. di essere informato che la Pubblica Amministrazione potrà eseguire i controlli previsti dalle Leggi in materia di autocertificazione (art. 71 D.P.R. 445/2000);
3. di indicare i seguenti **indirizzi e-mail (obbligatorio)** della Direzione Sanitaria richiedente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del medico specialista \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ed il seguente recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per eventuali richieste di informazioni/comunicazioni;

4. che il medico oggetto dell’istanza presta la propria attività prescrittiva:

* **SEDE DI ATTIVITA’ primaria (afferenza giuridica)** (compilare tutti i campi)

Presidio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

►UOS/UOSD/UOC (di ricovero accreditata) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

►Ambulatorio ospedaliero/territoriale\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*funzionalmente collegato alla UOS/UOSD/UOC di ricovero accreditata di afferenza giuridica

**CODICE PRESIDIO SISS (L1/L2/L3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **SEDE DI ATTIVITA’** **secondaria** del medico (compilare tutti i campi):

Presidio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

►Ambulatorio ospedaliero/territoriale\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*funzionalmente collegato alla UOS/UOSD/UOC di ricovero accreditata di afferenza giuridica

**CODICE PRESIDIO SISS (L1/L2/L3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **SEDE DI ATTIVITA’** **secondaria** del medico (compilare tutti i campi):

Presidio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

►Ambulatorio ospedaliero/territoriale\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*funzionalmente collegato alla UOS/UOSD/UOC di ricovero accreditata di afferenza giuridica

**CODICE PRESIDIO SISS (L1/L2/L3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede,

 LO SPECIALISTA IL DIRETTORE SANITARIO/SOCIOSANITARIO

*(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/Sociosanitaria della Struttura Ospedaliera.**