

Data

Raccomandata A.R.

Al Direttore Generale
dell'Azienda USL RM
Via
.....

Alla Regione Lazio
Assessorato alle Politiche per la Sanità
Settore 55
Via R.R. Garibaldi, 7
00145 Roma

Oggetto: Richiesta indennità ex art. 45, lettera B, D.P.R.270/2000

Il sottoscritto Dott.operante nel Comune e/o Ambito
Territoriale dinumero di Cod. Reg. chiede che
gli venga corrisposto, ai sensi dell'art. 45, lettera B, del D.P.R. 270/2000 la/le:

- 1 INDENNITÀ DI PIENA DISPONIBILITÀ
- 2 INDENNITÀ DI MEDICINA ASSOCIATA sotto forma di:
 Medicina di gruppo Medicina in rete Medicina in associazione
- 3 INDENNITÀ DI COLLABORAZIONE INFORMATICA
- 4 INDENNITÀ DI COLLABORATORE DI STUDIO MEDICO
- 5 INDENNITÀ DI PERSONALE INFERMIERISTICO
(barrare i casi richiesti)

All'uopo dichiara quanto segue:

- 1 Di svolgere in modo esclusivo attività di medico di assistenza primaria.
- 2 Di allegare l'atto costitutivo della forma associata
- 3 Che il proprio studio professionale è dotato di apparecchiature e programmi informatici idonei ad assicurare oltre alla gestione della scheda sanitaria individuale, anche l'eventuale collegamento con il Centro Medico di Prenotazione e l'elaborazione dei dati occorrenti per ricerche epidemiologiche, il monitoraggio dell'andamento prescrittivo e la verifica di qualità dell'assistenza.
- 4 Di utilizzare un collaboratore di studio professionale assunto secondo il contratto nazionale dei dipendenti degli studi professionali, categoria IV, e/o fornito da Società cooperative e Associazioni di Servizio o comunque utilizzato secondo le norme vigenti (Allega copia)
- 5 Di utilizzare un infermiere professionale assunto secondo il relativo contratto nazionale di lavoro (Allega copia)
(barrare i casi che ricorrono)

Timbro regionale

Firma leggibile