

Spett.le ATS di PAVIA
Ufficio Protocollo Generale
Viale Indipendenza, 3
27100 – PAVIA
Oppure
PEC:
protocollo@pec.ats-pavia.it

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL' AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA FORMAZIONE DI UN ELENCO DI ENTI EROGATORI ACCREDITATI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI IN MODALITÀ "TELEMEDICINA" NECESSARI AI MEDICI ADERENTI ALLA PRESA IN CARICO IN FORMA SINGOLA (MIFS) O AGGREGATA

Il sottoscritto.....Rappresentante Legale del soggetto giuridico denominato.....
Via.....n.°.....c.a.p.....Comune.....Prov.....
Codice fiscale Partita Iva.....Indirizzo e-mail indirizzo PEC in qualità di

ESPRIME L'INTERESSE

ad aderire all'avviso di cui all'epigrafe per la formazione di un elenco di Enti accreditati intenzionati a sottoscrivere un accordo convenzionale con i Medici aderenti alla presa in carico dei pazienti cronici fragili ai sensi delle DGR X/6164/17, X/6551/17, X/7038/17, XI/412/18, XI/754/18, XI/1863/19 in forma singola o associata per l'erogazione di prestazioni sanitarie in modalità di telemedicina. L'accordo dovrà prevedere la fornitura di strumenti informatici e tecnologici necessari a svolgere le attività presso lo studio del medico al fine di garantire appropriatezza e certificazione di qualità.

Consapevole delle responsabilità penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere e falsità in atti previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. e che, ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R., ha luogo la decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, rende, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. citato, le seguenti dichiarazioni sostitutive di certificazioni e di atti di notorietà:

- In qualità di Ente erogatore accreditato esprimo l'impegno ad assicurare i servizi per la realizzazione del progetto di telemedicina consentendo ai MMG/PLS sia forma singola, sia in forma aggregata, di erogare le prestazioni sanitarie previste dal Decreto n. 332 DGi del 24 luglio 2019.
- Come Ente erogatore accreditato mi impegno a mettere a disposizione la consulenza specialistica per l'eventuale refertazione nel caso specifico che la prestazione sia svolta da parte del medico che non possiede la specializzazione nella disciplina medica per la quale viene erogata la prestazione di telemedicina.
- Come Ente erogatore accreditato mi impegno ad assicurare l'attività nel territorio di tutta l'ATS di Pavia.
- Come Ente erogatore accreditato mi impegno ad assolvere ai debiti informativi previsti dalla normativa vigente (DGR XI/1697/2019).

- Come Ente erogatore accreditato mi impegno all'ottemperanza degli obblighi nel trattamento dei dati previsti dal D.Lgs. n 196/2003, D. Lgs. 101/2018 e Regolamento UE 679/2016 (GDPR - General Data Protection Regulation).

Si allega la seguente documentazione:

- Relazione sulla gestione e organizzazione del servizio;
- Relazione descrittiva delle modalità operative per la gestione del personale, in particolare in ordine alla sostituzione per ferie e malattie ed altre assenze;
- Relazione circa le procedure di manutenzione e controllo, certificazioni di qualità sia nell'erogazione del servizio sia delle apparecchiature elettromedicali e necessaria copertura assicurativa.

Firma del Legale Rappresentante

Lì.....

.....

Si allega fotocopia non autenticata di un proprio documento di identità in corso di validità