

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 D'INTERESSE PER LA FORMAZIONE DI UN ELENCO DI CLINICAL MANAGER MMG/PLS PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE PREVISTE NEI PAI ALL'INTERNO DEL PROPRIO STUDIO ANCHE CON L'AUSILIO DELLA TELEMEDICINA.**

Il sottoscritto.....  
con studio in .....  
Via.....n.°.....c.a.p.....Comune.....Prov.....  
Codice fiscale .....Codice Regionale .....  
Indirizzo e-mail ..... indirizzo PEC .....  
In qualità di:

- MMG CLINICAL MANAGER IN FORMA SINGOLA
- PLS CLINICAL MANAGER IN FORMA SINGOLA
- MMG IN FORMA AGGREGATA ALLA COOPERATIVA CMMC

**ESPRIME L'INTERESSE**

ad aderire all'avviso di cui all'epigrafe per la formazione di un elenco di clinical manager - MMG/PLS da impegnare nell'erogazione di prestazioni sanitarie previste nel Piano Assistenza Individuale (PAI) all'interno del proprio studio con l'ausilio di tecnologie innovative (Telemedicina) per garantire una modalità operativa di rete che integri i vari attori deputati alla gestione del percorso di presa in carico del paziente cronico fragile ai sensi delle DGR X/6164/17, X/6551/17, X/7038/17, XI/412/18, XI/754/18, XI/1863/19.

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:

- ✓ Dichiaro di essere un Clinical Manager aderente al progetto di presa in carico del paziente cronico e/o fragile ai sensi delle DDGRR X/6164/17, X/6551/17, X/7038/17, XI/412/18, XI/754/18, XI/1863/19.
- ✓ Dichiaro di essere in possesso della seguente specialità .....
- ✓ In qualità di Clinical Manager esprimo l'impegno ad assicurare all'interno del mio studio medico, le prestazioni sanitarie previste dal Decreto n. 332 del 24 luglio 2019 per i miei assistiti aderenti al progetto della Presa in carico del paziente cronico/fragile;

- ✓ Come Clinical Manager mi impegno a trasmettere l'esame al medico specialista per l'eventuale refertazione, nel caso in cui io non sia in possesso della specializzazione nella disciplina medica per la quale viene erogata la prestazione di telemedicina;
- ✓ Come Clinical Manager mi impegno a seguire e rispettare le indicazioni e le modalità esecutive ed ogni altro criterio operativo previsti dalle DGR pertinenti e atti successivi;
- ✓ Come Clinical Manager mi impegno a sottoscrivere un accordo convenzionale con una struttura erogatrice accreditata per la realizzazione di progetti di telemedicina tra quelle ritenute idonee da ATS di Pavia.
- ✓ 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, illustrando le soluzioni tecniche funzionali per lo svolgimento dell'attività.
- Relazione circa le procedure di controllo dell'erogazione del servizio.
- Polizza assicurativa che evidenzia la copertura in relazione all'attività prevista.

Firma del Legale Rappresentante

Lì.....

.....

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