

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA DI MEDICI DI MEDICINA  
GENERALE PER L'AMBULATORIO DI GESTIONE INTEGRATA  
DI .....**

**AL DIRETTORE GENERALE  
ASP DI RAGUSA**

**c.a. Servizio assistenza sanitaria di base**

**Il/la sottoscritt... Dott. / Dott.ssa.....**

nat... a.....(prov.....) il.....

codice regionale.....

comune di residenza.....( prov.....)

indirizzo Via.....N.....Cap.....Telefono.....

**1 Ambulatorio di medicina generale nell'ambito territoriale**

di.....( prov.....)

via.....N.....Cap.....Telefono.....

**2 Ambulatorio di medicina generale**

via.....N.....Cap.....Telefono

**3 Ambulatorio di medicina generale**

di.....( prov.....)

via.....N.....Cap.....Telefono.....

e-mail:.....

Medicina in associazione           SI           NO  
ai sensi dell'art. 5 AIR 2010 Assistenza primaria,

**CHIEDE**

di essere incluso nella graduatoria dei Medici di medicina generale che intendono prestare la propria attività nell'Ambulatorio di Gestione Integrata di .....

A tal fine acclude alla presente la seguente documentazione ( barrare le caselle interessate):

- Dichiarazione sostitutiva di certificazione (all.B), corredata dalla fotocopia di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore;
- Lista dei propri assistiti a medio – alta complessità e quelli a rischio di scompenso e di ricovero con priorità per i pazienti affetti da diabete mellito e scompenso cardiaco per predisporre un piano di cura all'interno dell'Ambulatorio a Gestione Integrata (All. C).

**Luogo e data.....**

**Firma per esteso.....**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione  
( Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

Io sottoscritt... Dott./Dott.ssa.....

nat .. a ..... (prov. ....) il .....

residente a .....(prov. ....) via .....

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

**DICHIARO**

di essere convenzionat.. con il SSN per l'assistenza primaria di medicina generale dal:

giorno \_\_\_\_\_ mese \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ .

.....

Dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.L.vo 30.06.03 n.196 (codice privacy), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo, data)

firma

.....

.....

**La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma 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.**

<b>Nominativo</b>	<b>N. Tessera sanitaria o n. codice fiscale</b>	<b>Diagnosi</b>
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_