

AL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI RAGUSA
RAGUSA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa
nato/a a (prov.) il
residente in via,
medico pediatra di libera scelta, al fine della corresponsione dell'indennità di collaborazione
informatica, prevista dall'art. 58 lettera B comma 10 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la
pediatria di libera scelta del 15.12.05 e ss.mm.ii., 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. n. 445
del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di usufruire nel/i proprio/i studio/i medico/i per l'attività di pediatria di libera scelta convenzionata
con il S.S.N. ASP Ragusa del seguente supporto informatico e del seguente programma di gestione:

.....
.....
atti ad assicurare la gestione della scheda sanitaria individuale e la stampa prevalente (non inferiore
al 70%) delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche.

Si precisa, inoltre, che le apparecchiature di cui sopra sono idonee ad eventuali collegamenti con il
Centro Unico di Prenotazione e consentono l'elaborazione dei dati occorrenti per ricerche
epidemiologiche, il monitoraggio dell'andamento prescrittivo e la verifica di qualità
dell'assistenza.

Ciò premesso, il/la sottoscritto/a **chiede** che gli/le venga corrisposta la prevista indennità.

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196/2003, 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 e data

Firma e timbro