

**V/MST MMG/PLS**

**Ai Comitati Aziendali MMG e PLS ex Art.23 AA.CC.NN. 23/305 e 15/12/05**  
ASL n. .... di .....

**Ai Comitati Regionali MMG e PLS ex Art.24 AA.CC.NN. 23/305 e 15/12/05**  
**Assessorato Sanità Regione Piemonte**

**C.so Reg. Margherita 153/Bis – 10122 – TORINO**

Ai sensi dell'Art. 12 della D.G.R n° 75-4317 del 13/11/06, i sottoindicati medici di medicina generale e pediatri di libera scelta:

Cognome e Nome MMG	Assistiti in carico	e-mail
1).....	.....	.....
2).....	.....	.....
3).....	.....	.....
4).....	.....	.....
5).....	.....	.....

Cognome e Nome PLS	Assistiti in carico	e-mail
1).....	.....	.....
2).....	.....	.....
3).....	.....	.....
4).....	.....	.....
5).....	.....	.....

chiedono di **variare la forma associativa mista già esistente nella nuova**, definita ai sensi della D.G.R. sopra citata: **Gruppo misto medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.**

(specificare in cosa consiste la variazione)

.....  
.....  
.....

La presente forma associativa mista è costituita al fine di perseguire gli obiettivi indicati all'Art. 12, commi 8 e segg.della D.G.R. medesima.

A tali fini ciascuno dei firmatari si impegna a svolgere la propria attività professionale anche nei confronti degli assistiti in carico agli altri medici pediatri dell'associazione in caso di prestazioni ambulatoriali non differibili.

I firmatari si impegnano a rendere operativo il Gruppo misto entro 90 giorni dal ricevimento del nulla-osta da parte dei rispettivi Comitati Regionali ex art.24 AA.CC.NN nonché a rispettare le norme in materia previste nonchè, laddove previsto, l'orario di chiusura pomeridiana di uno degli studi associati non prima delle ore 19.00.

Il Gruppo misto adotta un Regolamento sottoscritto da tutti i firmatari, in cui vengono formulate le modalità di organizzazione del lavoro e specificati gli orari di ambulatorio di tutti i medici in esso riuniti.

Lo stesso si impegna ad informare la popolazione assistita, sia sugli obiettivi perseguiti, sia sulle modalità di funzionamento, anche a mezzo di affissione in ogni studio medico di apposite comunicazioni espresse in modo chiaro e leggibile, da concordarsi preventivamente con gli uffici competenti dell'A.S.L.

Del Regolamento e degli orari di ambulatorio esposti negli studi viene data comunicazione alla A.S.L. di appartenenza.

Ogni variazione relativa all'orario viene tempestivamente comunicata agli assistiti e all'Azienda Sanitaria competente.

Tale forma associativa mista si impegna a redigere, entro 60 giorni dalla data di costituzione, una **Carta dei servizi**, da consegnare agli assistiti, formulata secondo un modello concordato a livello aziendale e sottoposto, per le valutazioni deontologiche, all'Ordine dei Medici.

Per quanto non espressamente formulato nella presente domanda, valgono le norme in materia previste dalla normative nazionali e regionali nonché dal Codice Civile.

Il medico rappresentante della forma associativa mista a cui inviare le comunicazioni di merito è il seguente:

Dr..... ASL di competenza n..... di .....

Via .....

Città .....

Prov.....

Cap.....

Indirizzo e-mail .....

Luogo e data .....