

Da inviare unicamente all'ASL di competenza

Mod-Informatica PLS

**ISTANZA CONTENENTE
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art.38 e Art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445)**

Il/la sottoscritto Dottor

cognome nome.....

nato/a a (prov.....) il

residente in.....(prov.....) (Cap.....) via..... n.....

titolare di incarico a rapporto convenzionale per la **Pediatria di libera scelta** con l'ASL n.....

di.....indirizzo e-mail

CHIEDE

P'ottenimento dei benefici economici ex art. 58, lettera B, comma 10, ACN per la Pediatria di Libera Scelta del 15/12/05 (Collaborazione informatica) per i quali, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dei benefici ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

di possedere i seguenti requisiti normativi (barrare le voci interessate):

struttura P.C. e software in uso (specificare quali) _____

gestione scheda sanitaria assistito

stampa prevalente (non inferiore al 70%) di prescrizioni farmaceutiche e richieste di prestazioni specialistiche

idoneità a collegamenti telematici con CUP ed elaborazione dati epidemiologici

altro _____

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente ogni eventuale successiva variazione in merito al possesso dei requisiti sopra dichiarati.

Luogo e data _____

firma del dichiarante _____
(non richiede autentica)

*La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, oppure sottoscritta e inviata unitamente alla fotocopia del documento di identità via fax, a mezzo posta ordinaria o elettronica o tramite un incaricato (art. 38 D.P.R. 445/2000).

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 10 L.675/96 E SMI (PRIVACY): I dati contenuti nella presente dichiarazione sono previsti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento amministrativo e verranno utilizzati esclusivamente allo scopo per il quale essi sono richiesti.