Allegato C – Fac simile autocertificazione attività ALPI allargata

All' Ufficio ALPI

e, p.c. al Direttore del _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ (__) il _____
residente a _____ (___) cap _____ in Via _____ n. ____

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;

rilascia la seguente DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA', resa ai sensi dell'Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445;

DICHIARA CHE

con riferimento alla propria istanza presentata presso la ASL n. 8 di Cagliari in data _____ diretta ad ottenere l'autorizzazione allo svolgimento della libera professione allargata,

- la sede presso la quale si intende svolgere l'attività libero professionale è la seguente: *(indicare l'indirizzo completo)* _____;
- lo studio privato suddetto è idoneo dal punto di vista igienico sanitario all'esercizio e all'erogazione di prestazioni mediche ed autorizzato *(indicare estremi dell'atto di autorizzazione)*_____ a norma dell'art. 8 ter, comma 1, lettera b), del d. lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni;

☐ lo studio professionale indicato per l'attività "allargata" *non* fa parte di una struttura o ambulatorio privato accreditati e contrattualizzati col SSN;

☐ nella predetta sede non operano altri professionisti;

ovvero

☐ a norma dell'art. 1, comma 4, lettera f, della legge 120/2007 e successive modificazioni, nello studio professionale collegato in rete, operano i seguenti altri professionisti dipendenti del SSN in regime di esclusività e i seguenti medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale e medici specialisti ambulatoriali convenzionati col SSN; (indicare: cognome, nome e disciplina)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

☐ la predetta sede comprende studi presso i quali operano i seguenti professionisti non dipendenti o non convenzionati del SSN o dipendenti del SSN con rapporto di lavoro *non esclusivo* (indicare: cognome, nome e disciplina)

5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

☐ **a)** i professionisti di cui ai punti ___ ____ ____ sono dipendenti del SSN in regime di esclusività (*intramoenia* allargata);

☐ **b)** i professionisti di cui ai punti ___ ____ ____ sono dipendenti del SSN in regime di non esclusività (*extramoenia*);

☐ **c)** i professionisti di cui ai punti ___ ____ ____ *non* sono dipendenti del SSN e *non* sono convenzionati con lo stesso.

Allegato C – Fac simile autocertificazione attività ALPI allargata

Il sottoscritto dichiara che i professionisti di cui alle ipotesi a), b) e c) garantiscono la completa tracciabilità, verificabile in tempo reale dall'Azienda, delle singole prestazioni prenotate, effettuate, fatturate e pagate.

Con riguardo ai medici con rapporto di lavoro in regime di esclusività col SSN, i pagamenti ammessi sono unicamente quelli stabiliti dall'Azienda in relazione alla necessaria tracciabilità.

CHIEDE

pertanto di essere autorizzato, giusta la deroga prevista dall'art. 1 comma 4, lettera f), della legge 120/2007 e successive modificazioni, nonché dalla deliberazione della RAS n. 33/27 del 08/08/2013, ad esercitare l'attività libero professionale allargata nella sede sopra specificata.

Luogo, data

Il dichiarante

IL PRESENTE ALLEGATO E' COMPOSTO DI N° 2 FOGLI.
IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO ALPI
(Dott. Mario Bandel)

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE
N. 1042 DEL 28 LUG. 2014
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO *(Dott. Sergio Salis)*
IL DIRETTORE SANITARIO *(Dott. Ugo Storelli)*
IL DIRETTORE GENERALE *(Dott. Enrico Simeone)*