

Spett.le
DIREZIONE SANITARIA
Servizio Farmaceutico
ATS BRESCIA
Viale Duca degli Abruzzi, 15 – BRESCIA
e-mail: protocollo@pec.ats-brescia.it

Oggetto: Richiesta di accesso alla prescrizione di protesica on-line in qualità di Medico di RSA/RSD come da nota Direzione Generale Welfare – Regione Lombardia n. G1.2015.0022306 del 24.12.2015.

Il sottoscritto _____ in qualità di Legale Rappresentante della RSA/RSD cod. _____ denominazione _____, sita nel Comune di _____ 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,

DICHIARA

che il Dr./la Dr.ssa _____ CF _____
(cognome e nome) (codice fiscale)
nato/a a _____ (____) il _____, residente a
_____ Via e n. _____

- è laureato/a in Medicina e Chirurgia ed abilitato all'esercizio professionale
- afferisce a questa Struttura in qualità di Responsabile Sanitario/Medico di RSA/RSD _____
(dipendente/convenzionato)
- dispone dei seguenti strumenti operativi:
 - carta operatore CRS/SISS attiva riferita alla Struttura di afferenza;
 - postazione informatica CRS/SISS abilitata all'effettuazione delle prescrizioni mediante il software regionale Assistant-RL con connessione ad internet e n. 2 lettori smart card

CHIEDE

l'assegnazione allo stesso della credenziale estesa MRSA per la prescrizione on-line degli ausili prescrivibili da parte dei Medici di RSA/RSD di cui alla nota di Regione Lombardia n. G1.2015.0022306 del 24.12.2015.

Il Legale Rappresentante richiedente e il Responsabile Sanitario/Medico prescrittore di RSA/RSD sottoscritti:

- garantiscono che l'attività prescrittiva sia svolta nel rispetto della normativa vigente (Nuovo Nomenclatore Tariffario di Assistenza Protesica di cui al DPCM 12.01.2017) e, pertanto, **non nel corso dell'attività libero-professionale**;
- assicurano che le prescrizioni saranno rivolte ai soli ospiti di RSA/RSD residenti in Regione Lombardia;
- si impegnano ad informare tempestivamente l'ATS Brescia in ordine a variazioni che dovessero intervenire in merito a quanto sopra dichiarato;
- dichiarano di essere informati che l'ATS tratterà i dati personali conferiti con il presente modulo, con modalità prevalentemente informatiche e telematiche, per le finalità previste dal Regolamento (UE) 2016/679 (RGPD), esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Ogni informazione/comunicazione che l'ATS riterrà opportuno inoltrare potrà essere spedita al seguente indirizzo e.mail istituzionale del Medico prescrittore (obbligatorio): _____

Data, _____

IL RESPONSABILE SANITARIO/PRESCRITTORE

(timbro e firma)

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

(timbro e firma)

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione delle firme 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.
La dichiarazione deve essere trasmessa all'ATS a cura della Direzione della Struttura.