

**Indennità di collaborazione informatica art. 47 A. C. N. 04/04/2024**

Il/La sottoscritt \_\_\_ Dr \_\_\_\_\_ cod. regionale \_\_\_\_\_  
con studio professionale principale sito in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
comune \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_  
socio cooperativa \_\_\_\_\_ appartenente a  
Medicina di gruppo \_\_\_\_\_ Medicina associata \_\_\_\_\_  
Medicina Associata complessa \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità penali derivanti da mendaci dichiarazioni, e delle pene previste dal vigente codice penale e dalle leggi speciali in materia, ai sensi della L. 28.12.2000 n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, sotto la propria responsabilità personale

**DICHIARA**

di essere in possesso della seguente attrezzatura informatica:

A – Personal computer

1- marca e tipo \_\_\_\_\_

Sistema operativo:

– WINDOWS \_\_\_\_\_ indicare la versione installata nel P.C.)

– Altro S.O. \_\_\_\_\_

2- Già collegato in rete Internet: [SI] [NO]

In caso affermativo, indicare la tipologia del collegamento utilizzato:

Linea ISDN  linea ADSL  Altro, indicare quale [\_\_\_\_\_]

3- Possibilità di collegamenti in rete (Cup, ASL, ecc.) [SI] [NO]

4- Collegato in rete locale [SI] [NO]

B – Programmi informatici atti ad acquisire, elaborare, comunicare all'Azienda Sanitaria dati

Per ricerche, monitoraggio prescrittivi, verifiche di qualità:

– Procedura realizzata in proprio

– Procedura acquisita da ditta esterna:

nome ditta fornitrice \_\_\_\_\_

Denominazione della procedura \_\_\_\_\_

C – Schede sanitarie individuali degli assistiti:

– Anagrafica dell'assistito

– Terapia

– Diario clinico

– Prestazioni e referti

Dichiara, inoltre, di assicurare la stampa prevalente (non inferiore al 70%) delle prestazioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche.

Data

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_