

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
(art. 47 - D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in  
caso di dichiarazione mendace ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000.

**Dichiara**

- di avere la disponibilità esclusiva di apparecchiature e programmi informatici idonei ad assicurare, oltre alla gestione della scheda sanitaria individuale e la stampa prevalente (non inferiore al 70%) delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche, l'eventuale collegamento con un centro di prenotazione per l'accesso alle prestazioni specialistiche e/o ospedaliere e l'acquisizione, l'elaborazione e la comunicazione all'USL dei dati occorrenti per ricerche epidemiologiche, per monitoraggio dell'andamento prescrittivo e per la verifica di qualità dell'assistenza;
- di utilizzare il seguente software: \_\_\_\_\_;  
e richiede pertanto la corresponsione dell'indennità di collaborazione informatica.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE (a)**

\*\*\*\*\*

Note:

a) firma per esteso, leggibile e non autenticata.

**Ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000 L'Azienda è tenuta a procedere ad idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive.**

-----  
Spazio riservato all'Ente in alternativa all'invio della fotocopia del documento di identità  
Certifico apposta in mia presenza la firma del dichiarante \_\_\_\_\_

Timbro e firma del dipendente addetto

Azienda USL Toscana centro



ASL Toscana Centro  
50122 Firenze  
P.zza Santa Maria Nuova 1  
C.F. /P.I 0659381048

Staff Direzione Amministrativa  
SOC. Organizzazione medicina a  
ciclo di fiducia  
Direttore Dr. Bruno Latella  
[medicidimedicinagenerale@uslcentro.toscana.it](mailto:medicidimedicinagenerale@uslcentro.toscana.it)