



**DOMANDA PER ISCRIZIONE PER IL RUOLO DI
MMG/PLS CLINICAL MANAGER IN FORMA SINGOLA
PER LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI E/O FRAGILI
(ai sensi delle DDGGRR 6164/2017, 6551/2017, 7038/2017, 7655/2017, 412/2018 e 754/2018)**

Io sottoscritto/a _____
MMG / PLS con studio in _____
via _____
CAP _____ Codice _____ Fiscale _____
codice regionale _____

con la presente esprimo interesse a svolgere l'attività di MMG/PLS Clinical manager in forma singola per la presa in carico dei pazienti cronici.

In qualità di clinical manager esprimo l'impegno ad assicurare l'attività per i miei assistiti nel territorio di competenza.

In qualità di clinical manager esprimo l'impegno ad assicurare per i miei assistiti, la stesura del PAI.

In qualità di clinical manager dichiaro altresì l'impegno a collaborare con una o più strutture che fungeranno, da Gestore per assicurare le funzioni non cliniche di supporto alla Presa in Carico. Tali strutture saranno scelte liberamente da ogni assistito fra i gestori dichiarati idonei dalle ATS e a partire dall'elenco comunicato dall'ATS di Pavia.

Dichiaro altresì di conoscere e di accettare pienamente tutti i contenuti e le disposizioni definite nei provvedimenti relativi al Percorso di Presa in Carico (DDGGRR 6164/2017, 6551/2017, 7038/2017, 7655/2017, 412/2018 e 754/2018), compreso il sistema di remunerazione, con particolare riguardo a quanto stabilito dalla DGR 754/2018.

Indico come indirizzo di posta elettronica certificata da utilizzare per ogni comunicazione relativa alla domanda in oggetto il seguente indirizzo PEC _____

Data

Firma

Si allega fotocopia non autenticata di un proprio documento di identità in corso di validità.