All'Azienda ULSS 9 Scaligera
UOS Medicina Convenzionata e P. A. e C.
A.c.a. Ufficio Anagrafe Prescrittori Sistema TS – Medici di Assistenza Primaria / Pediatri di Libera Scelta
→ email: convenzioni@aulss9.veneto.it

Oggetto: richiesta di inserimento nell'Anagrafe Prescrittori Sistema TS da parte di medico non in convenzione per attività di sostituzione medico di assistenza primaria/pediatra di libera scelta.(vedi note)

Il sottoscritto dott. _____,

tel. / cell.: _____ e-mail: _____

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000,

DICHIARA

che il / a partire dal ▌_|_▌_|_▌_|_|_|_▌ (GG/MM/AAAA) presterà attività di sostituzione del medico convenzionato (MAP / PLS) con l'Azienda ULSS 9 Scaligera dott. _____ e, pertanto,

CHIEDE

di essere inserito nell'Anagrafe Prescrittori Sistema TS come medico sostituto. A tal fine comunica i propri dati indispensabili all'inserimento in oggetto:

- nato a _____ il ▌_|_▌_|_▌_|_|_|_|_▌ (GG/MM/AAAA)
- codice fiscale: ▌_|_|_▌_|_|_▌_|_▌_|_▌_|_▌_|_|_|_▌
- iscritto all'Ordine dei Medici di _____ al n. _____

Chiede infine che gli venga data comunicazione all'indirizzo e-mail più sopra indicato dell'avvenuto inserimento in Anagrafe.

Allega fotocopia leggibile, fronte/retro, di un documento d'identità in corso di validità.

Distinti saluti.

data _____ firma _____

Note:
- **la richiesta in oggetto è onere del medico sostituto e va effettuata dallo stesso un'unica volta**; non deve pertanto essere ripetuta in caso di successive sostituzioni da svolgere anche presso altri MAP / PLS convenzionati;
- la richiesta deve pervenire al Servizio Professionisti in Convenzione (a mezzo fax, mail o pec) **almeno due giorni lavorativi prima dell'inizio dell'attività (sabato e festivi esclusi)**.
- **in mancanza delle informazioni richieste, della firma in calce alla domanda e della copia del documento di identità del richiedente non si potrà procedere con l'inserimento richiesto**.