

**DICHIARAZIONE DI POSSESSO DEI REQUISITI NECESSARI ALLA
CORRESPONSIONE DELL'INDENNITA' INFORMATICA**

Il sottoscritto dott.

Convenzionato con la ASL na5 –Distretto 82, cod. reg.,

dichiara:

1. di conoscere le conseguenze civili e penali di falsa dichiarazione;
2. di possedere i requisiti di cui all'art. 59 lett. B comma 11 dell' ACN 23/3/05, con relativa corresponsione dell'indennità prevista;
3. di possedere adeguato software gestionale che consente:
 - a) registrazione e manutenzione dei dati anagrafici;
 - b) registrazione dei dati storici, registrazione dei problemi e loro aggiornamento;
 - c) registrazione a stampa (non inferiore al 70%) su ricettario del SSN di terapie, accertamenti, riabilitazione e integrativa;
 - d) registrazione delle esenzioni nelle diverse tipologie;
 - e) gestione vaccinazioni ed accertamenti in scadenza per protocolli di prevenzione;
 - f) mantenimento efficienza del sistema con copie di backup a periodicità almeno mensile;
 - g) registrazione delle problematiche e delle prescrizioni domiciliari;
 - h) stampa della scheda sanitaria a richiesta dell'assistito;
 - i) aggiornamento periodico del prontuario farmaceutico con principio attivo, ATC e prezzo;
 - j) monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche, degli accertamenti, delle terapie riabilitative ed integrative;
 - k) compilazione di liste di pazienti selezionati per determinate caratteristiche, come da progetti – obiettivo concordati;
 - l) possibilità di ricerca sui campi presenti in archivio, come da progetti concordati;
 - m) possibilità di collegamento con il centro unico di prenotazione.

Il sottoscritto dott. dichiara che il sistema è attivo dal

Lì.....

firma e codice del dichiarante