Allegato A

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA PER LA PARTECIPAZIONE DEI MMG ALL’AMBULATORIO A GESTIONE INTEGRATA, AI SENSI DELL’ART 5 ACCORDO REGIONALE DI ASSISTENZA PRIMARIA PUBBLICATO SULLA GURS DEL 15/10/2010**

 Al Sig. Direttore Generale

 c/o Dipartimento Cure Primarie

 ASP 6 Palermo

Il sottoscritto Dott./ssa ………………………………………nato/a …………………………………

(prov……)il…………………CodiceRegionale…………….Residenza………………….(prov……)

Indirizzo Via…………………………………n………Cap…………..telefono……………………..

**Studio Medico principale di medicina generale nel Distretto di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Via …………………………………………. n ………Cap …………. Telefono…………………

Cell…………………………………………..email…………………………………………………

Medicina in associazione SI NO ASSOCIAZIONE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi del Bando Aziendale pubblicato il ……………………………..

di essere incluso nella graduatoria per partecipare all’Ambulatorio a Gestione Integrata

□ **Poliambulatorio di Palermo-Centro di Via Turrisi Colonna km \_\_\_\_\_\_\_\_**

**□ Presidio Territoriale di Assistenza (PTA) ex P.O. E. Albanese (ex Distretto 13) km \_\_\_\_\_\_\_\_**

**□ Presidio Territoriale di Assistenza (PTA) ex P.O. Pisani (ex Distretto 11) Km \_\_\_\_\_\_\_\_**

(barrare una o più caselle riferite agli A.G.I. a cui si vuole partecipare, **dichiarando** la distanza che intercorre tra la propria Sede di attività e l’Ambulatorio a Gestione Integrata secondo un percorso fatto a piedi per la via più breve, utilizzando il meccanismo di calcolo del software di Google Maps)

A tale fine acclude alla presente la seguente documentazione (barrare le caselle in interesse)

* Certificato di servizio
* dichiarazione sostitutiva di certificazione (all.A 1), accompagnata dalla fotocopia di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore
* elenco nominativo dei propri assistiti, prioritariamente pazienti cronici a medio-alta complessità affetti da Dabete Mellito II° tipo( A2a ) e Scompenso Cardiaco congestizio (A2b ) .

**data ……..…………………..**

 **Firma per esteso …….…………………………………**