

ALL.1

Istanza di partecipazione all'avviso pubblico per la sottoscrizione di convenzioni per l'erogazione di prestazioni integrative di riabilitazione con la Direzione regionale Inail per la Sardegna

Il/la sottoscritto/a (cognome, nome) _____

in qualità di legale rappresentante pro tempore della _____

nato/a a _____ (____) il _____

domiciliato per la carica nel comune di _____ prov. _____

(via, piazza) _____

tel /cell _____ e-mail _____

con ambulatorio/studio (indicare tutte le sedi)

in via _____ nel comune di _____

prov _____

in via _____ nel comune di _____

prov _____

codice fiscale _____ partita IVA _____

CHIEDE

di partecipare all'avviso pubblico per la sottoscrizione di convenzione per l'erogazione di prestazioni integrative di riabilitazione, di cui all'Allegato A all'avviso, evidenziate nello schema seguente con segno affermativo SI in corrispondenza alle prestazioni di interesse

PRESTAZIONI L.I.A. – TEMPI DI ESECUZIONE	TARIFFA IN EURO	Disponibile indicare SI/NO
Visita fisiatrica	40	
Idromassoterapia 20 minuti	10	
Ipertermia 15 minuti	15	
Ginnastica vascolare in acqua	10	
Ionoforesi 30 minuti	10	
Trazione vertebrale meccanica 20 minuti	15	
Diatermia a onde corte o microonde (radarterapia) 15 minuti	10	
Massoterapia distrettuale riflessogena 15 minuti	15	

Esercizio assistito in acqua (individuale) 30 minuti	20	
Pressoterapia 30 minuti	20	
Laserterapia antalgica 10 minuti	18	
Elettroterapia antalgica (tens) 20 minuti	10	
Ultrasuonoterapia 10 minuti	10	
Tecarterapia manuale – automatica (capacitiva e resistiva) 30 minuti	30	
Magnetoterapia 30 minuti	10	
Linfodrenaggio manuale 40 minuti	30	
Infrarossi 15 minuti	10	
Laserterapia ad alta potenza (H.I.L.T.) 15 minuti	18	
Onde d'urto radiali	40	
Onde d'urto (eseguite dal medico)	40	
Onde d'urto focalizzate (eseguite dal medico)	70	
Bendaggio funzionale (compreso materiale)	20	
Taping neuromuscolare (compreso materiale)	15	

DICHIARA

che la Struttura _____ è in regola con le norme relative a:

- 1) autorizzazione/accreditamento all'esercizio delle attività riabilitative di cui alle norme in materia;
- 2) iscrizione ai rispettivi albi del personale medico, sanitario e tecnico;
- 3) possesso delle specializzazioni richieste ai fini dell'esecuzione delle prestazioni;
- 4) conseguimento dei crediti formativi obbligatori dei medici e del personale sanitario ai sensi della legge n. 201/2011;
- 5) regolarità contributiva;
- 6) rispetto delle normative in tema di sicurezza degli impianti e degli ambienti di lavoro;
- 7) abbattimento delle barriere architettoniche di cui al Dpr 380/2001 e s.m.i.;
- 8) insussistenza di condanne penali che comportino incapacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione – ai sensi dell'art. 80 del d.lgs. 50/2016 – emesse nei confronti dei soggetti di cui al comma n. 3 del citato articolo;

e di essere a conoscenza della possibile riduzione delle prestazioni integrative presenti nell'allegato A, ove la Regione decidesse il loro riconoscimento quali prestazioni LEA come previsto dalla normativa, in tal caso gli oneri saranno a carico del Ssr.

SI IMPEGNA

a comunicare le variazioni che dovessero intervenire nelle situazioni sopra dichiarate, nel periodo di vigenza della convenzione.

Si allega alla presente istanza copia fotostatica del documento di identità in corso di validità e i documenti precisati nell'avviso (alla pag. 4, punto 10 – Modalità di partecipazione, dall'1 al 9).

Altro: _____

In fede

(luogo, data)

Timbro e firma leggibile
(ove non sottoscritto digitalmente)
