

ALL.1

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO
PER LA SOTTOSCRIZIONE DI CONVENZIONI PER
L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE DI PSICHIATRIA E PSICOLOGIA CLINICA

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 _____ Email _____

con ambulatorio / studio (indicare tutte le sedi)

In via _____ nel comune di _____
prov _____

codice fiscale _____ partita IVA _____

CHIEDE

di partecipare all'avviso pubblico per la sottoscrizione di convenzioni per l'erogazione di prestazioni di PSICHIATRIA E PSICOLOGIA CLINICA di cui all'all.A, evidenziate nello schema seguente con segno affermativo (SI) in corrispondenza alla prestazioni di interesse

codice _senza _punto	codice	descr_prestaz breve	DESCR_PRESTAZ_completa	tariffa_euro in vigore agg al MAR 2016	SI/NO
943	94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	19,50	
9409	94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	19,50	
9442	94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE	PSICOTERAPIA FAMILIARE; Per seduta	23,75	
9444	94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO	PSICOTERAPIA DI GRUPPO; Per seduta e per partecipante	9,50	

94011	94.01.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA	9,50	
94012	94.01.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO; M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET	15,80	
94021	94.02.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA; Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine	5,80	
94022	94.02.2	TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS]	TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS]	5,80	
94081	94.08.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE	5,80	
94082	94.08.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI	5,80	
94083	94.08.3	SOMMINISTRAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'	SOMMINISTRAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'; Somministrazione test per disturbi comportamento alimentare	7,90	
94084	94.08.4	ESAME DELL' AFASIA	ESAME DELL' AFASIA; Con batteria standardizzata (Boston A.B., Aachen A.B., ENPA)	27,45	
94085	94.08.5	TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE	TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE	5,80	
94086	94.08.6	TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING	TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING	5,80	
94121	94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO	17,90	

94191	94.19.1	PRIMA VISITA PSICHIATRICA	PRIMA VISITA PSICHIATRICA	22,50	
-------	---------	---------------------------	---------------------------	--------------	--

DICHIARA

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

- 1) autorizzazione/accreditamento all'esercizio delle prestazioni specialistiche di Psichiatria e Psicologia Clinica
- 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

SI IMPEGNA

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

Si allega alla presente domanda copia fotostatica del documento di identità in corso di validità e i documenti precisati nell'avviso (alle pagg. 2 e 3, punto 10 – Modalità di partecipazione, dall'1 all'8).

Altro: _____

In fede

(luogo, data)

Timbro e Firma leggibile
