

Allegato 1

Istanza di partecipazione all'avviso pubblico per la sottoscrizione di convenzioni per l'erogazione di prestazioni specialistiche di psicologia clinica

Il/la sottoscritto/a (cognome, nome)

In qualità di legale rappresentante pro tempore della

nato/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 psicologia clinica di cui all'all.A, evidenziate nello schema seguente con segno affermativo (SI) in corrispondenza alla prestazioni di interesse e indicando la proposta di tariffa ove diversa da quella del SSR

Codice SSN	Descr. prestazione breve	DESCR. PRESTAZIONE completa	Tariffa proposta (euro) se diversa da quella in All. A	SI/NO
94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO		
94.01.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA		

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		
94.02.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA; Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine		
94.02.2	TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS]	TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS]		
94.08.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE		
94.08.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI		
94.08.5	TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE	TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE		
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		
	RELAZIONE EPICRITICA SCRITTA	RELAZIONE EPICRITICA SCRITTA		

DICHIARA

che la Struttura

_____ è in

regola con le norme relative a:

- 1) autorizzazione/accreditamento all'esercizio delle prestazioni specialistiche di 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. 214/2011
- 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 (alla pag. 3, punto 10 - modalità di partecipazione, dall'1 al 9).

Altro: _____

In fede

(luogo, data)

Timbro e firma leggibile
