

Domanda per la partecipazione alle Unità di Cure Primarie (UCP) e delle Forme Associate di cui all'art.54 dell'ACN del 29.7.09 redatta ai sensi della Determina Regione Lazio n° pubblicata sul B.U.R del

Spett.le
Direttore Generale
ASL

Via

Comune

(Provincia.....)

Spett.le
Direttore del Distretto.....

ASL

Via

Comune

(Provincia.....)

E,p.c. Alla Regione Lazio
Assessorato alla Sanità
Direzione Regionale
Risorse Umane Finanziarie
Area 43/01
Via Rosa Raimondi Garibaldi,7
00145 - ROMA

Il/La sottoscritto/a Dr.

Referente della

1. UCP-S sede unica
2. UCP-S
3. UCP-C sede unica
4. UCP -8H sede unica
5. UCP-8H

Dichiara :

- 1) di accettare l'incarico di referente della suddetta UCP
con numero telefonico dedicato
- casella posta elettronica dedicata.....

- 2) che tale UCP effettua orario

continuato dalle ore alle ore

orario non continuato dalle ore alle ore

ASL..... Distretto

con i seguenti medici (*)

*(nome cognome , codice regionale, barrare si/ no nelle varie voci indicate e se precedentemente in associazione). Si rammenta che le disposizioni inerenti l'orario di normale apertura degli Studi è regolamentato dall'A.C.N.

Dr (nome, cognome, cod. regionale)	Indennità gruppo	Indennità Rete	U.C.P.	Pregressa indennità associazione
	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

Lo studio unico di riferimento o sede unica è sito al seguente indirizzo:

.....

ed effettuerà il seguente orario:

Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato

Dichiara inoltre :

- che la sua UCP è

già esistente e senza variazioni

di nuova costituzione

già esistente ma con le seguenti variazioni:

1) componenti preesistenti ed indennità richieste (*da compilare solo da chi non le percepisce*)

- Dott..... Gruppo rete UCPs UCPc
- Dott..... Gruppo rete UCPs UCPc
- Dott..... Gruppo rete UCPs UCPc
- Dott..... Gruppo rete UCPs UCPc
- Dott..... Gruppo rete UCPs UCPc
- Dott..... Gruppo rete UCPs UCPc
- Dott..... Gruppo rete UCPs UCPc
- Dott..... Gruppo rete UCPs UCPc

2) nuovi inserimenti con indennità richiesta

- Dott..... Gruppo rete UCPs UCPc
- Dott..... Gruppo rete UCPs UCPc
- Dott..... Gruppo rete UCPs UCPc
- Dott..... Gruppo rete UCPs UCPc

In caso di UCP Semplice in rete in Studi diversi l'orario sarà il seguente:

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
Dalle ... alle Dott. sede						

Il referente si impegna a dare comunicazione entro tre giorni di ogni eventuale variazione al distretto di appartenenza.

Data

firma referente

Firma medici dell'UCP per accettazione:

Legenda:

Si rammenta che per le Forme associative di cui all'art.54 dell'Accordo Collettivo Nazionale, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni in data 29 luglio 2009 e successivamente pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 208 dell'8 settembre 2009 – supplemento ordinario n.167 -, valgono le seguenti regole:

- 1) La forma associativa è costituita di norma da minimo tre medici e massimo di dieci per la Medicina di Rete e otto per la Medicina di Gruppo.
- 2) L'adesione a queste due forme associative (Rete e Gruppo) è su base volontaria.
- 3) Sia la Medicina di Rete che quella di Gruppo devono assicurare:
 - a) che un medico effettui orario di apertura fino alle 19,00.
 - b) il collegamento reciproco degli studi medici con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti l'associazione.
 - c) Lo studio della Medicina di Gruppo deve avere un numero di stanze pari almeno alla metà degli appartenenti a tale forma associativa e l'utilizzo, da parte dei componenti il gruppo, di eventuale personale di segreteria o infermieristico secondo un accordo interno.
 - d) Sia la Medicina di Rete che quella di Gruppo devono garantire apertura degli studi per sei ore al giorno equamente distribuite tra mattino e pomeriggio con almeno uno studio aperto fino alle 19,00.
 - e) Fatta salva la libertà di scelta del medico da parte del cittadino, la variazione di scelta del medico nell'ambito delle forme associative è legata all'accettazione scritta da parte del medico scelto.
 - f) In caso di conflitti insorti in seno alla forma associativa sono arbitri:
 - per le questioni deontologiche, l'Ordine provinciale dei Medici;
 - per le questioni contrattuali, il Comitato Regionale di cui all'art. 24 ACN.

I Medici appartenenti alle forme associative danno il loro contributo orario in base ad accordi interni e comunque non inferiore a quanto previsto in ACN in relazione al numero degli assistiti.

Le U.C.P sono regolamentate da apposito regolamento e per quanto non normato fa fede l'ACN.