Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Latina - Piazza Angelo Celli, 3 - 04100 Latina
Tel 0773/693665 - Fax 0773/489131 - info@ordinemedicilatina.it - www.ordinemedicilatina.it

RICHIESTA PIN PER TRASMISSIONE TELEMATICA CERTIFICATI MALATTIE E RICETTE S.S.N.

ISTRUZIONI

Istruzioni per richiedere il PIN per la trasmissione telematica dei certificati di malattia e delle ricette del S.S.N. - Interessa in particolare i sostituti dei medici di medicina generale

Grazie a un accordo tra Ordine dei Medici di Latina e Azienda USL Latina, non solo gli iscritti all'Ordine di Latina ma anche coloro che sono iscritti ad altro Ordine ma che esercitano la professione prevalentemente in provincia di Latina, possono facilmente ritirare il PIN presso gli uffici di uno dei cinque Distretti della ASL dove si risiede o si esercita.

E' sufficiente presentare, di persona, la richiesta utilizzando il modulo allegato alla presente.

Per gli iscritti all'Ordine di Latina il rilascio del PIN è immediato : infatti, l'impiegato verificherà l'iscrizione accedendo a www.cercamedicodentista.it, per gli altri sarà l'Ordine di Latina ad accertare l'iscrizione e quindi occorrerà qualche giorno di attesa. In questi casi la foto del richiedente sarà utile per evitare sostituzioni di persona (falsi medici !) in quanto l'Ordine di Latina inoltrerà tale foto all'Ordine di appartenenza per l'identificazione.

La consegna del PIN avviene presso gli uffici dislocati nelle sedi dei 5 Distretti della Azienda USL Latina:

Distretto 1

U.O.Medicina Generale
c/o sede distrettuale
via Giustiniano snc
Aprilia
tel.06/9286341

U.O.Medicina Generale
c/o sede distrettuale
Via Falcone –Quartiere San Valentino
Cisterna di Latina
Tel. 06/96025305
Sig.ra Pina Lucarelli- Sig.ra Sabrina Fiacconi
Dal Lunedi al Venerdi 8,00-14,00
Martedi e Giovedi anche 15,00-17,30

U.O.Polifunzionale
c/o Ospedale di Comunità
via Marconi n.1
Cori
Tel. 06/96618680
Sig.ra Carla Canale- Sig.ra Annunziata Balestra
Dal Lunedi al Venerdi 7,30-13,30
Martedi e Giovedi anche 14,30-17,00

Distretto 2
Responsabile Dott. Elio Rossi
Direttore UOC Servizi di Assistenza e di Prossimità
Ufficio scelta revoca medico
Sig. Simone Avvisati
Polimbulatorio - piano terra
Via Cesare Battisti 50
Latina
0773/6553336
Dal Lunedi al Venerdi 8,30-12,30

Distretto 3
ex SAUB
Sig.ra Grazia Liberatori
c/o Ospedale Distrettuale (adiacente al CUP)
Via S. Bartolomeo
Sezze
tel. 0773/801519-0773/801505

Distretto 4
Segreteria del Distretto
c/o Ospedale Fiorini
Via Firenze snc
Terracina
tel 0773/708302

Distretto 5
Responsabile Dott. Antonio Fusco
Direttore UOC Servizi di Assistenza e di Prossimità
Via Salita Cappuccini 1° - Piano stanza 7C
Gaeta
tel. 0771/779018
Sig.ra Rosaria Nofi
Via Salita Cappuccini - 1° Piano stanza 1C
Gaeta
tel. 0771/779326

Si ricorda che, una volta rilasciato il PIN, questo può essere utilizzato in successive occasioni, quindi non occorre richiederne altri.

Il PIN è personale e non può essere utilizzato da altri, pertanto, nel caso di sostituzione di medici di medicina generale è da evitare la conoscenza del PIN da parte del personale di segreteria dello studio

Il Presidente

AZIENDA USL LATIA
(modulo predisposto dall'Ordine dei Medici di Latina per conto dell'Azienda USL Latina)

A cura dell'interessato

Al Distretto _____
Azienda USL LATINA

Applicare foto solo se l'interessato è iscritto ad un Ordine diverso da Latina

OGGETTO: **richiesta consegna PIN per trasmissione telematica certificati di malattia e delle ricette del S.S.N.**

Il sottoscritto …….
con la presente chiede il rilascio/rinnovo di cui all'oggetto e, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000), con la presente dichiara
di essere nato a …… il …….
residente in ……. Via …….. n° ……..……
Codice Fiscale ……..…….
Di essere iscritto al n. _____ dell'Ordine Provinciale dei medici Chirurghi della provincia di _____ dichiara altresì che la richiesta è avanzata per il seguente motivo_____
_____
E che, se non iscritto all'Ordine della Provincia di Latina, svolge prevalentemente in tale provincia la propria attività lavorativa

_____li, _____/_____/_____ Firma _____

A cura dell' ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI ED ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI LATINA, se iscritto ad altro Ordine prima di consegnare la domanda al distretto

Si attesta che il dott. _____nato a _____risulta regolarmente iscritto all'Ordine Provinciale di _____iscrizione n._____

Latina li _____/_____/_____ Il Responsabile_____

A cura del DISTRETTO Azienda USL Latina

Vista la richiesta di cui sopra, identificato il richiedente tramite il documento di riconoscimento _____ N. _____ rilasciato da _____ il _____ che si allega in fotocopia

☐ Si rilascia il PIN richiesto avendo accertato tramite il sito dell'Ordine Provinciale di Latina la Iscrizione del dott. _____ allo stesso Ordine iscrizione n. _____

☐ Si rilascia il PIN al dott. _____ iscritto all'Ordine provinciale di _____ iscrizione N._____