



Direzione Sanitaria
Dipartimento Cure Primarie

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE DELL'INDENNITÀ DI CUI AL FONDO
AZIENDALE DEI FATTORI PRODUTTIVI – FONDI PER PERSONALE DI STUDIO E
FORME ASSOCIATIVE AVANZATE
ACN 28 Aprile 2022 art. 47 comma 2 lettera d)**

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa in qualità di:

MEDICO singolo/a

REFERENTE della forma associativa composta dai seguenti medici:

- Dr./Dr.ssa
- Dr./Dr.ssa
- Dr./Dr.ssa
- Dr./Dr.ssa
- Dr./Dr.ssa

inserito/i nell'ambito di assistenza primaria di

PRESENTA DOMANDA

di concessione del contributo indicato nella tabella sotto riportata, in attuazione all'AIR MMG 2022
(indicare la/le riga/he di interesse)

A 1) INDENNITÀ PER IL PERSONALE DI STUDIO	apporre una x sulla scelta
Collaboratore di studio (amministrativo)	<input type="checkbox"/>
Personale Infermieristico	<input type="checkbox"/>
A 2) INDENNITÀ PER LE FORME ASSOCIATIVE AVANZATE	Apporre una x sulla scelta
Forma associativa avanzata - senza sede unica	<input type="checkbox"/>
Forma associativa avanzata - con 1 o 2 sedi	<input type="checkbox"/>



Direzione Sanitaria
Dipartimento Cure Primarie

A TAL FINE

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti

DICHIARA

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà
art. 47 DPR 28 dicembre 2000, n. 445

apporre una x sulla scelta	
<input type="checkbox"/>	di aver assunto il Collaboratore di studio (amministrativo)
<input type="checkbox"/>	di aver assunto il Personale Infermieristico
<input type="checkbox"/>	di impegnarsi ad assumere il Collaboratore di studio (amministrativo)
<input type="checkbox"/>	di impegnarsi ad assumere il Personale Infermieristico
<input type="checkbox"/>	di impegnarsi ad incrementare l'orario del Collaboratore di studio (amministrativo)
<input type="checkbox"/>	di impegnarsi ad incrementare l'orario del Personale Infermieristico

NOTA BENE

L'impegno ad assumere il collaboratore di studio (amministrativo) e/o il personale infermieristico deve tradursi nella trasmissione al protocollo PEC di ATS del relativo contratto di arruolamento, entro 30 giorni dalla eventuale comunicazione di ATS di ammissione al finanziamento dell'indennità richiesta, pena la decadenza del beneficio



Direzione Sanitaria
Dipartimento Cure Primarie

A1) INDENNITÀ PER IL PERSONALE DI STUDIO

PER MEDICO SINGOLO

IMPEGNO ORARIO LEGATO AL CONTRATTO CON IL COLLABORATORE DI STUDIO (AMMINISTRATIVO)

<input type="checkbox"/>	almeno 8 ore settimanali di presenza in studio	euro 3,50 assistito/anno
<input type="checkbox"/>	almeno 12 ore settimanali di presenza in studio	euro 4,00 assistito/anno
<input type="checkbox"/>	almeno 15 ore settimanali di presenza in studio	euro 6,00 assistito/anno
<input type="checkbox"/>	almeno 18 ore settimanali di presenza in studio	euro 6,50 assistito/anno

IMPEGNO ORARIO LEGATO AL CONTRATTO CON IL PERSONALE INFERMIERISTICO

<input type="checkbox"/>	almeno 4 ore settimanali	euro 4,00 assistito/anno
<input type="checkbox"/>	almeno 5 ore settimanali	euro 6,00 assistito/anno
<input type="checkbox"/>	almeno 6 ore settimanali	euro 7,00 assistito/anno

PER FORME ASSOCIATIVE

IMPEGNO ORARIO LEGATO AL CONTRATTO CON IL COLLABORATORE DI STUDIO (AMMINISTRATIVO)

<input type="checkbox"/>	almeno 20 ore settimanali per 3 medici	euro 3,50 assistito/anno
<input type="checkbox"/>	almeno 25 ore settimanali per 4 medici	
<input type="checkbox"/>	almeno 30 ore settimanali per 5 medici	
<input type="checkbox"/>	almeno 5 ore settimanali in più per ogni medico oltre i 5	
<input type="checkbox"/>	almeno 24 ore settimanali per 3 medici	euro 4,50 assistito/anno
<input type="checkbox"/>	almeno 30 ore settimanali per 4 medici	
<input type="checkbox"/>	almeno 36 ore settimanali per 5 medici	
<input type="checkbox"/>	almeno 6 ore settimanali in più per ogni medico oltre i 5	



Direzione Sanitaria
Dipartimento Cure Primarie

IMPEGNO ORARIO LEGATO AL CONTRATTO CON IL PERSONALE INFERMIERISTICO		
<input type="checkbox"/>	almeno 10 ore settimanali per 3 medici	euro 4,00 assistito/anno
<input type="checkbox"/>	almeno 12,50 ore settimanali per 4 medici (si intende 12 ore e 30 minuti)	
<input type="checkbox"/>	almeno 15 ore settimanali per 5 medici	
<input type="checkbox"/>	almeno 2,5 ore settimanali in più per ogni medico oltre i 5 (si intende 2 ore e 30 minuti)	
<input type="checkbox"/>	almeno 12,50 ore settimanali per 3 medici (si intende 12 ore e 30 minuti)	euro 6,00 assistito/anno
<input type="checkbox"/>	almeno 15,62 ore settimanali per 4 medici (si intende 15 ore e 37 minuti)	
<input type="checkbox"/>	almeno 18,75 ore settimanali per 5 medici (si intende 18 ore e 45 minuti)	
<input type="checkbox"/>	almeno 3,12 ore settimanali in più per ogni medico oltre i 5 (si intende 3 ore e 7 minuti)	
<input type="checkbox"/>	almeno 15,00 ore settimanali per 3 medici	euro 7,00 assistito/anno
<input type="checkbox"/>	almeno 18,75 ore settimanali per 4 medici (si intende 18 ore e 45 minuti)	
<input type="checkbox"/>	almeno 22,50 ore settimanali per 5 medici (si intende 22 ore e 30 minuti)	
<input type="checkbox"/>	almeno 3,75 ore settimanali in più per ogni medico oltre i 5 (si intende 3 ore e 45 minuti)	

A2) INDENNITÀ PER FORME ASSOCIATIVE AVANZATE

FORMA ASSOCIATIVA AVANZATA SENZA SEDE UNICA		
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> - garanzia della continuità dell'assistenza agli assistiti del componente dell'associazione temporaneamente assente; - chiusura pomeridiana di uno degli studi dell'associazione non prima delle ore 19:00 con presenza del medico; - attività ambulatoriale in almeno uno degli studi il 	euro 6,50 assistito/anno



Direzione Sanitaria
Dipartimento Cure Primarie

	<p>venerdì pomeriggio e il lunedì mattina;</p> <ul style="list-style-type: none"> - contattabilità (di cui all'art. 35 comma 7 ACN 28 aprile 2022), in forma integrata e/o a rotazione, per garantire la risposta più adeguata al bisogno degli assistiti (consulto, consulenza, eventuale visita). 	
--	--	--

FORMA ASSOCIATIVA AVANZATA CON 1 O 2 SEDI

□	<ul style="list-style-type: none"> - garanzia della continuità dell'assistenza agli assistiti del componente dell'associazione temporaneamente assente; - chiusura pomeridiana di uno degli studi dell'associazione non prima delle ore 19:00 con presenza del medico; - attività ambulatoriale in almeno uno degli studi il venerdì pomeriggio e il lunedì mattina; - contattabilità (di cui all'art. 35 comma 7 ACN 28 aprile 2022), in forma integrata e/o a rotazione, per garantire la risposta più adeguata al bisogno degli assistiti (consulto, consulenza, eventuale visita). - garanzia dello svolgimento delle attività in una o due sedi; - garanzia, anche a rotazione o per delega, della partecipazione ad attività distrettuali, come ad esempio le vaccinazioni; - garanzia, nell'ambito della AFT, anche a rotazione, dell'apertura per almeno 3 ore il sabato e i giorni prefestivi; - garanzia della presenza di personale di studio che operi in modo integrato. 	euro 12,50 assistito/anno
---	---	---------------------------

ALLEGATI ALLA DOMANDA

È obbligatorio allegare la seguente documentazione:



Direzione Sanitaria
Dipartimento Cure Primarie

RICONOSCIMENTO INDENNITA' - PERSONALE DI STUDIO

<input type="checkbox"/>	contratti di lavoro, ovvero contratto di arruolamento – personale amministrativo
<input type="checkbox"/>	contratti di lavoro, ovvero contratto di arruolamento – personale infermieristico

RICONOSCIMENTO INDENNITA' – FORME ASSOCIATIVE AVANZATE

<input type="checkbox"/>	atto costitutivo (*), ovvero integrazione dell'atto costitutivo agli atti, della forma associativa avanzata con articolazione oraria
<input type="checkbox"/>	carta dei servizi
<input type="checkbox"/>	attestazione collegamento in rete della software house per costituzione nuova forma associativa o inserimento nuovo componente
<input type="checkbox"/>	progetto sulla contattabilità che garantisca, in forma integrata e/o a rotazione, la risposta più adeguata al bisogno degli assistiti (consulto, consulenza, eventuale visita)

DISPOSIZIONI FINALI

L'ATS potrà effettuare controlli a campione allo scopo di accertare la veridicità di quanto qui dichiarato.

Luogo e data

Firma digitale **

* anche quale scrittura privata tra le parti

**apporre la firma del medico singolo o del Referente della forma associativa