Spett.le ATS Insubria

SC Servizio Farmaceutico

Via Ottorino Rossi 9 – 21100 Varese

PEC: protocollo@pec.ats-insubria.it

**OGGETTO: Aggiornamento dei dati del PERSONALE abilitato al percorso on line di ASSISTANT@RL.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Legale Rappresentante della Ditta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in relazione alla sede operativa ubicata nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fornitore 030\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con riferimento all’Elenco Regionale Fornitori di protesi, ortesi, ausili di cui all’Elenco 1 dell’Allegato 5 del DPCM 12.01.2017 – Sezione ATS INSUBRIA(Delibera del Direttore Generale n. 455 del 03/10/2018)

**CHIEDE**

ai sensi dell’art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

 **(BARRARE LE CASELLE DI INTERESSE)**

1. □ SOSTITUZIONE TECNICO PRESENTE IN SEDE
2. □ AGGIUNTA TECNICO PRESENTE IN SEDE
3. □ AGGIUNTA AMMINISTRATIVO PRESENTE IN SEDE
4. □ CANCELLAZIONE TECNICO PRESENTE IN SEDE
5. □ CANCELLAZIONE AMMINISTRATIVO PRESENTE IN SEDE
6. □ MODIFICA ORARI APERTURA AL PUBBLICO

**Allega alla presente:**

1. organigramma aziendale, datato e firmato dal Legale Rappresentante (DA ESPORRE AL PUBBLICO);
2. Giorni e orari di presenza del/i tecnico/i, datato e firmato dal L.R. (DA ESPORRE AL PUBBLICO)
3. Scheda Anagrafica Tecnico Abilitato;
4. Autocertificazione/copia attestati ECM (ultimo triennio) del/i tecnico/i (solo per ortopedico e audioprotesista);
5. documento identità in corso di validità;

**Nota bene:**

L’istanza di iscrizione/variazionedel **tecnico** deve essere presentata in bollo - € 16.00 –

Allegare ulteriore marca, di pari valore, per il rilascio della copia conforme dell’atto deliberativo

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL LEGALE RAPPRESENTANTE

 (timbro e firma)

**SCHEDA ANAGRAFICA TECNICO ABILITATO**

**Da compilare per ogni tecnico e amministrativo**

NOME/COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Profilo professionale Art.1, comma 2 del DM 332/99**

🞏 **Tecnico ortopedico**

🞏 **Tecnico audioprotesista**

🞏 **Tecnico ottico**

**Istituto o Ateneo presso il quale è stato conseguito il titolo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Data di conseguimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tipologia di rapporto di lavoro**

🞏 **Dipendente**

🞏 **Libero-professionale**

🞏 **Altro Specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Acquisizione crediti formativi ECM (ultimi 3 anni)**

***Obbligo di assolvimento del credito formativo per tecnico ortopedico e audioprotesista****, pena l’applicazione delle sanzioni previste del D. Lg N.229/1999 e successive modifiche. Ad esclusione ottico optometrista (crediti formativi non obbligatori per le arti ausiliarie).*

**Anno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. crediti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Anno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. crediti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Anno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. crediti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Orario di ricevimento al pubblico**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**il Tecnico lavora anche c/o altra Filiale della medesima Società:** 🞏 **SI** 🞏 **NO**

**(SE SI, specificare QUALE e CON QUALE ORARIO DI RICEVIMENTO AL PUBBLICO) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL LEGALE RAPPRESENTANTE

 (timbro e firma)