

Al Direttore Distretto Sanitario di Base di Agrigento
SEDE

RICHIESTA LIQUIDAZIONE INDENNITA' DI COLLABORAZIONE INFORMATICA

Il Sottoscritto Dr. _____ nato il _____,
in qualità di _____ C.R. _____, chiede di poter
usufruire dell'indennità di collaborazione informatica.

A tal fine dichiara che a partire dal _____

1. possiede apparecchiature e programmi idonei ad assicurare la gestione informatizzata delle schede sanitarie individuali;
2. assicura la stampa prevalente, almeno del 70%, delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche;
3. le apparecchiature informatiche sono idonee ad eventuali collegamenti e all'elaborazione di dati per ricerche epidemiologiche.

Data _____

TIMBRO e FIRMA