

AVVISO PUBBLICO PER LA SOTTOSCRIZIONE DI CONVENZIONI CON STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE RADIOLOGICHE DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE E CLINICA AI FINI MEDICO LEGALI

Il/la sottoscritto/a (cognome, nome) _____

In qualità di legale rappresentante pro tempore della _____

nato/a a _____ (____) il _____

domiciliato per la carica (sede legale Ditta) nel comune di _____ prov. _____

(via, piazza) _____ tel /cell _____

E-mail _____ con ambulatorio / studio (indicare tutte le sedi)

a) in via _____ nel comune di _____ prov _____

b) in via _____ nel comune di _____ prov _____

c) in via _____ nel comune di _____ prov _____

codice fiscale _____ partita IVA _____

DICHIARA

che la Struttura _____ è in regola con le norme relative a:

- 1) autorizzazione/accreditamento all'esercizio delle prestazioni specialistiche radiologiche e neurologiche di cui alle norme in materia;
- 2) iscrizione ai rispettivi albi del personale medico, sanitario e tecnico;
- 3) possesso delle specializzazioni richieste ai fini dell'esecuzione delle prestazioni;
- 4) conseguimento dei crediti formativi obbligatori dei medici e del personale sanitario ai sensi della legge n. 201/2011
- 5) regolarità contributiva;
- 6) rispetto delle normative in tema di sicurezza.

CHIEDE

di partecipare all'avviso pubblico per la sottoscrizione di convenzioni per l'erogazione delle seguenti prestazioni radiologiche:

BRANCA	NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SI	NO
08		87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO	87,31		
08		87.03.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE	93,82		
08		87.03.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE ARCATI DENTARIE [DENTALSCAN	108,45		
08		87.03.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ORECCHIO	113,88		
08		87.03.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO	87,31		
08		87.03.9	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE GHIANDOLE SALIVAR	87,31		
08		87.09.1	RADIOGRAFIA DEI TESSUTI MOLLI DELLA FACCIA, DEL CAPO E DEL COLLO	16,00		
08		87.11.1	RADIOGRAFIA DI ARCATI DENTARIA	10,85		
08		87.11.2	RADIOGRAFIA CON OCCLUSALE DI ARCATI DENTARIA	9,77		
08		87.11.3	ORTOPANORAMICA DELLE ARCATI DENTARIE	24,40		
08		87.12.1	TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO	10,85		
08		87.16.1	ALTRA RADIOGRAFIA DI OSSA DELLA FACCIA	15,73		
08		87.16.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE Basale e dinamica bilaterale, incluso es. diretto	55,86		
08		87.16.3	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE Monolaterale, incluso es. diretto	28,20		
08		87.16.4	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE Bilaterale, incluso es. diretto	46,64		
08		87.17.1	RADIOGRAFIA DEL CRANIO E DEI SENI PARANASAL	23,32		
08		87.22	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE	22,77		
08		87.23	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE)	21,80		
08		87.24	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE	21,80		
08		87.29	RADIOGRAFIA COMPLETA DELLA COLONNA	43,39		
08		87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE	119,30		
08		87.42.1	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA BILATERALE	51,51		
08		87.42.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA MONOLATERALE	36,33		
08		87.42.3	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DEL MEDIASTINO	42,03		
08		87.43.1	RADIOGRAFIA DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA	25,48		
08		87.43.2	ALTRA RADIOGRAFIA DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA	16,81		
08		87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS	19,52		
08		87.71	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI	99,78		
08		87.79	RADIOGRAFIA DELL' APPARATO URINARIO	21,69		
08		88.01.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE	108,45		
08		88.01.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE	92,73		
08		88.01.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO	120,93		
08		88.19	RADIOGRAFIA DELL' ADDOME	21,69		
08		88.21	RADIOGRAFIA DELLA SPALLA E DELL' ARTO SUPERIORE	22,77		
08		88.22	RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL' AVAMBRACCIO	22,77		
08		88.23	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO	16,26		
08		88.26	RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA	18,44		
08		88.27	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA	22,23		
08		88.28	RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA	18,71		
08		88.29.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO	31,72		
08		88.29.2	RADIOGRAFIA ASSIALE DELLA ROTULA	27,66		
08		88.31	RADIOGRAFIA DELLO SCHELETRO IN TOTO	94,90		
08		88.38.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE	108,45		
08		88.38.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO SUPERIORE	108,45		
08		88.38.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO	90,84		
08		88.38.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO INFERIORE	108,45		
08		88.39.1	LOCALIZZAZIONE RADIOLOGICA CORPO ESTRANEO	16,26		
08		88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	29,83		
08		88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA	54,23		
08		88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA (Bilaterale)	37,68		
08		88.73.2	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA (Monolaterale)	22,23		
08		88.73.3	ECOGRAFIA POLMONARE	37,68		
08		88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE	54,23		
08		88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE	33,62		
08		88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	63,45		
08		88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	29,83		
08		88.79.2	ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE	37,96		
08		88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA	35,79		
08		88.90.2	RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC	21,15		
08		88.90.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE	30,91		
08		88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	233,18		
08		88.91.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE	206,06		
08		88.91.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO	206,06		
08		88.92	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE	206,06		
08		88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA	194,57		
08		88.94.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHLETRICA	186,54		
08		88.95.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE	206,06		
08		88.95.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	206,06		
02		88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOS	46,10		

Precisa che saranno erogate le prestazioni per le quali è stato indicato il SI mentre sono escluse dall'erogazione le prestazioni ove è stata posta la crocetta sul NO. In assenza d'indicazione s'intendono erogate tutte.

Le prestazioni saranno erogate con riferimento ai territori corrispondenti alle seguenti sedi INAIL (indicare con una croce sul SI i territori entro i quali si opera ovvero sul NO quelli esclusi). In assenza d'indicazione s'intendono coperte tutte le aree della regione:

Sedi	SI	NO
Cagliari		
Carbonia		
Nuoro		
Olbia		
Oristano		
Sassari		

SI IMPEGNA

a comunicare le variazioni che dovessero intervenire nelle situazioni sopra dichiarate, nel periodo di vigenza della Convenzione.

Si allega alla presente domanda copia fotostatica del documento di identità in corso di validità e i documenti precisati nell'avviso (punto 11).

Altro: _____

In fede

(Timbro e Firma leggibile, ove non sottoscritta digitalmente)

(luogo, data) _____