



REGIONE CALABRIA  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
DI VIBO VALENTIA**

Via Dante Alighieri 89900 Vibo Valentia - 02866420793

**Avviso per la realizzazione di una rete di sportelli territoriali destinati ad effettuare le prenotazioni delle prestazioni specialistiche eseguite presso le strutture sanitarie dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia e l'incasso della quota di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini (ticket)**

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia rende noto che intende, in via sperimentale, avvalersi (in aggiunta al call center aziendale ed agli sportelli aziendali dedicati) di una rete territoriale aggiuntiva di sportelli destinati ad effettuare le prenotazioni e l'incasso ticket delle prestazioni specialistiche.

L'iniziativa aziendale ispirata dalla necessità di:

- garantire l'equità e la facilità di accesso alle prestazioni sanitarie;
- ridurre i disagi per i cittadini
- aumentare la trasparenza dei meccanismi di prenotazione;
- semplificare e razionalizzare il sistema di accesso alle prestazioni sanitarie;

richiede, per raggiungere gli scopi prefissati, la partecipazione attiva e la condivisione del progetto da parte degli enti locali e di altri operatori sanitari presenti sul territorio provinciale.

L'avviso è rivolto in particolare:

- ai Comuni (per la sola attività di prenotazione)
- ai titolari delle farmacie territoriali (prenotazione e ticket)
- ai titolari di parafarmacie (prenotazione e ticket);

**Il servizio dovrà essere svolto senza costi a carico dell'Azienda Sanitaria Provinciale e dei cittadini.**

Il programma applicativo per la gestione del servizio verrà messo gratuitamente a disposizione dei titolari degli esercizi convenzionati da parte dell'Azienda Sanitaria Provinciale

I comuni e gli altri soggetti interessati dovranno manifestare la propria disponibilità sottoscrivendo l'apposita domanda di partecipazione (come da schema allegato al presente avviso) che dovrà essere fatta pervenire al protocollo generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale entro e non oltre il 15 settembre 2013.

L'Azienda Sanitaria, esaminate le domande pervenute e valutata l'idoneità tecnica e morale dei partecipanti, provvederà a stipulare apposito protocollo d'intesa diretto a disciplinare le modalità di espletamento del servizio e i reciproci diritti e doveri delle parti.

Il referente del progetto  
Avv. Francesco Procopio

Il Commissario Straordinario  
Dott.ssa Maria Pompa Bernardi

Spettabile  
Azienda Sanitaria Provinciale  
di Vibo Valentia  
Via Dante Alighieri pal. ex INAM  
89900 Vibo Valentia

**OGGETTO: Avviso per la realizzazione di una rete di sportelli territoriali destinati ad effettuare le prenotazioni delle prestazioni specialistiche eseguite presso le strutture sanitarie dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia e l'incasso della quota di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini ( ticket) – Domanda di partecipazione.**

Il/la sottoscritto/a cognome e nome \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
residente in Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, Comune \_\_\_\_\_  
(prov. di \_\_\_\_\_), C.A.P. \_\_\_\_\_; codice fiscale \_\_\_\_\_; numero  
telefonico \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_; e-mail \_\_\_\_\_, in qualità di:

- Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_
- Titolare della Farmacia di \_\_\_\_\_ con sede in  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- Titolare della Parafarmacia di \_\_\_\_\_ con sede in  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

di essere inserito nell'elenco dei soggetti autorizzati ad effettuare le prenotazioni delle prestazioni specialistiche eseguite presso le strutture sanitarie dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia e l'incasso della quota di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini (ticket).

A tal fine, dichiara, la propria disponibilità:

- ad effettuare il servizio senza costi a carico dell'Azienda Sanitaria e dei cittadini
- a sottoscrivere apposito protocollo d'intesa diretto a disciplinare le modalità di espletamento del servizio e i reciproci diritti e doveri delle parti.

Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali e sensibili possano essere trattati, nel rispetto del D. Lgs. 196/2003, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

(data)

(firma leggibile)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**N.B. : ALLEGARE ALLA PRESENTE COPIA FOTOSTATICA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ**