

Modello 1.

RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO AL REGISTRO MALATTIE RARE DI NUOVO MEDICO CERTIFICATORE

Compilare la seguente scheda, firmata dal Direttore del DAI di appartenenza, ed inviarla al Referente Aziendale Malattie Rare

NOME E COGNOME _____

DAI DI APPARTENENZA _____

CODICE FISCALE _____

REC. TELEFONICO (da fornire all'utenza) _____

MAIL _____

COD. DI ESENZIONE di GRUPPO/MALATTIA RARA per le quali si richiede accreditamento (come da allegato 7 DPCM 12.1.2017):

- _____
- _____
- _____
- _____

ESISTENZA ALTRI CENTRI IN AZIENDA DEDICATI AL GRUPPO/MALATTIA RARA: SI/NO

DOTAZIONE ORGANICA /OPERATORI UO DEDICATI ALL'ASSISTENZA AL GRUPPO/MALATTIA RARA:

- Medici: n. _____
- Infermieri: n. _____
- Amministrativi: n. _____

L'UO È IN GRADO DI GARANTIRE LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE PER IL GRUPPO/MALATTIA RARA? SI/NO

NUMERO DI PAZIENTI DEL GRUPPO/MALATTIA RARA SEGUITI DALL'UO: _____

RAPPORTO CON LE ASSOCIAZIONI: SI/NO

PARTECIPAZIONE A TRIALS CLINICI PER MALATTIE RARE: SI / NO

COLLABORAZIONI CON GRUPPI DI LAVORO ATTINENTI AL GRUPPO/MALATTIA RARA: SI / NO

PUBBLICAZIONI SUL GRUPPO/MALATTIA RARA PER CUI SI PRESENTA LA CANDIDATURA: SI / NO

NOTE:

Napoli, _____

Il Medico richiedente

Il Direttore del DAI

Referente Malattie RARE AOU Federico II

La Direzione Strategica

Modello 2.

**RICHIESTA DI INTEGRAZIONE O MODIFICA DI ACCREDITAMENTO AL REGISTRO MALATTIE RARE
DA PARTE DI MEDICI GIÀ ACCREDITATI**

Il sottoscritto _____

Codice fiscale _____

Recapito telefonico _____

Mail _____

AFFERENTE al DAI _____

In qualità già di medico certificatore per le seguenti malattie rare/gruppo:

- _____
- _____
- _____
- _____

Chiede la modifica/integrazione nella seguente riformulazione per l'abilitazione a certificare le seguenti malattie rare:

- Malattia rara (cod.esenzione)
- _____
- _____
- _____
- _____

Il Medico richiedente

Il Direttore del DAI

Referente Malattie RARE AOU Federico II

La Direzione Strategica
