



Associazione Nazionale Dentisti Italiani



*Ministero del Lavoro della Salute  
e delle Politiche Sociali*

## MODULO DI ADESIONE ALL'ACCORDO PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SOCIALI AD ONORARI AGEVOLATI

Io sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

socio ANDI della Sezione provinciale di \_\_\_\_\_

tessera ANDI \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Preso visione dell'Accordo sottoscritto in data 28.07.08 tra Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali ed ANDI dichiaro di essere disponibile ad aderire a tale iniziativa.

In particolare mi impegno, come previsto dall'Accordo, a:

- Fornire le prestazioni professionali previste dall'art. 2 rispettando gli **onorari di riferimento** così come indicati all'art. 3 dell'Accordo
- Informare i pazienti della possibilità di usufruire dei benefici dell'Accordo e richiedere agli aventi diritto alle prestazioni ad onorario ridotto l'apposita Dichiarazione sostitutiva da conservare, prevista dall'art. 4 (il modello da far sottoscrivere verrà successivamente inviato da ANDI via e-mail)
- Rendere le prestazioni nel **rispetto di standard qualitativi** non inferiori a quelli praticati per gli utenti non beneficiari degli onorari limitati
- **Non discriminare** in alcun modo le **persone beneficiarie**, in particolar modo riguardo ai tempi d'attesa
- Fornire ad ANDI il dato sulle **prestazioni effettuate** indicando il numero delle prestazioni effettuate per tipologia, nell'arco di tempo richiesto.

Si può aderire in due modalità:

La prima prevede un'adesione con **pubblicazione del proprio studio tra gli elenchi che verranno resi pubblici sul sito del Ministero della Salute e tramite campagne divulgative.**

Chi possiede più studi può scegliere con quale aderire, lo studio scelto sarà quello che verrà pubblicato negli elenchi.

La seconda prevede un'adesione **senza pubblicazione** del proprio nominativo negli elenchi pubblici, con l'applicazione dell'Accordo ai propri pazienti.



### **Modalità di adesione con pubblicazione negli elenchi pubblici**

Nel caso si possiedano più studi si può specificare con quale comparire negli elenchi.  
Voglio aderire all'accordo con il seguente studio:

#### **Dati dello Studio:**

Via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

e autorizzo ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003 al trattamento dei miei dati per tutte le finalità correlate all'accordo per l'Odontoiatria Sociale in oggetto, compresa la pubblicazione in elenchi e in banche dati che verranno resi pubblici sia in Internet che su modelli cartacei. I dati potranno essere comunicati esclusivamente ai soggetti incaricati dal Titolare del trattamento. Per il trattamento dei dati verranno utilizzati strumenti sia elettronici che manuali adottando tutte le misure di sicurezza idonee a garantire la riservatezza e l'integrità dei dati. Il trattamento dei dati per la compilazione, l'aggiornamento o la diffusione di statistiche sarà effettuato esclusivamente in modo anonimo.

ACCETTO



### **Modalità di adesione senza pubblicazione negli elenchi pubblici**

Per il trattamento dei Suoi dati verranno utilizzati strumenti sia elettronici che manuali adottando tutte le misure di sicurezza idonee a garantire la riservatezza e l'integrità dei dati.  
Il trattamento dei dati per la compilazione, l'aggiornamento o la diffusione di statistiche sarà effettuato esclusivamente in modo anonimo.

ACCETTO

N. B.

Inviare il modulo compilato in ogni sua parte al numero di fax **06 89 28 13 42**.

I moduli non correttamente compilati o incompleti non verranno inseriti nell'elenco degli aderenti.

Se si è già aderito all'accordo via e-mail, non occorre inviare il modulo cartaceo.

Per informazioni **800 911 202**

Firma \_\_\_\_\_