Allegati

REGIONE TOSCANA

Allegato A – Contattabilità

I medici costituenti la forma associativa che settimanalmente sono impegnati in attività quali consulti con gli specialisti, accessi in luoghi di ricovero, assistenza a pazienti non ambulabili, partecipazione a incontri o convegni formativi, attività istituzionali quali coordinatore di AFT, Coordinatore del corso di formazione in Medicina Generale, Discente del corso di Formazione in Medicina Generale:

dott. _____ attività svolta il giorno _____

dott. _____ attività svolta il giorno _____

dott. _____ attività svolta il giorno _____

dott. _____ attività svolta il giorno _____

dott. _____ attività svolta il giorno _____

dott. _____ attività svolta il giorno _____

dott. _____ attività svolta il giorno _____

dott. _____ attività svolta il giorno _____

dott. _____ attività svolta il giorno _____

dott. _____ attività svolta il giorno _____

dott. _____ attività svolta il giorno _____

dott. _____ attività svolta il giorno _____

dott. _____ attività svolta il giorno _____

dott. _____ attività svolta il giorno _____

dott. _____ attività svolta il giorno _____

.....(aggiungere altri medici se necessario)

E' assicurata la contattabilità telefonica indiretta dalle ore 8 alle 13 e dalle ore 14 alle 19 tramite il numero di telefonico dell'AFT[§] _____ con il supporto dei collaboratori di studio.
La contattabilità può essere assicurata anche mediante la disponibilità di altri strumenti e tecnologie che consentano all'assistito una adeguata comunicazione con il medico.

Allegato B - Tabella oraria dell'Associazione di AFT

(da aggiornare e trasmettere semestralmente o in caso di variazione al DMG e all'Azienda USL)

§ *Nel caso in cui l'AFT non sia dotata di numero unico indicare i vari numeri telefonici a cui fare riferimento*

Allegati

REGIONE TOSCANA

Tabella Sedi Studi Professionali			
Numero*	Indirizzo	Città	Telefono

(*) Inserire il numero progressivo da riportare sulla tabella orari studi successiva

TABELLA ORARI STUDI							
	Lunedì	**Martedì**	**Mercoledì**	**Giovedì**	**Venerdì**	**Totale Ore Settimanali**	**Pazienti in carico** (alla data di costituzione dell'Associazione)
	Orario e Sede*	Orario e Sede*	Orario e Sede*	Orario e Sede*	Orario e Sede*		
Dott.							
Dott.							
Dott.							
Dott.							
Dott.							

(*) Inserire il numero dello studio secondo quanto riportato nella precedente tabella sede studi.

Nota: la programmazione deve garantire complessivamente almeno 9 ore giornaliere (4+5) e contattabilità indiretta 10h/gg nei feriali.

Allegato C – Elenco collaboratori di studio e infermieri

Nome collaboratore	Qualifica (segretaria, infermiere, OSS)	Studio di assegnazione	Orario settimanale	Attività prevalenti

Allegati

REGIONE TOSCANA

Nome collaboratore	Qualifica (segretaria, infermiere, OSS)	Studio di assegnazione	Orario settimanale	Attività prevalenti
…	…	…	…	…

Nota: i collaboratori possono operare anche in più studi della stessa AFT (criterio di segretaria/infermiere di AFT").