## 

## Allegato 1

## PROCEDURA DI QUALIFICA del prodotto di Scheda Sanitaria Informatica

## SCHEMA PER LA REDAZIONE DELLA DOMANDA DI qualIFICA

<*Su carta intestata della società richiedente*> <*Città, Data*>

<*Ragione sociale*> Spett.

<*Indirizzo e numero civico*> **Lombardia Informatica S.p.A.**

<*CAP Città*> Via Torquato Taramelli, 26

**20124 Milano**

Oggetto: **Domanda di qualifica del prodotto di Scheda Sanitaria Informatica**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliato per la carica presso la sede societaria ove appresso, nella sua qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e legale rappresentante della Società\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, iscritta al Registro delle Imprese di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, partita IVA n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con la presente

* dichiara di essere interessata ad avviare la procedura di qualifica del proprio prodotto per l’iscrizione all’Elenco dei prodotti software compatibili con il SISS in coerenza con le “Linee Guida Regionali per la Scheda Sanitaria Informatica” emesse (documento CRS-LG-SSI#01);
* specifica che è sua intenzione procedere formalmente a tutti i passi necessari alla qualifica secondo la procedura pubblicata da Lombardia Informatica S.p.A. per l’iscrizione all’Elenco del prodotto di seguito riportato:

<*Denominazione prodotto> - <numero release*>

come prodotto

per Medici di Medicina Generale (MMG)

per Pediatri Di Famiglia (PDF)

rispondente ai requisiti funzionali, di interoperabilità SISS e non funzionali, che saranno tutti oggetto di qualifica.

La Società <*Ragione sociale*> dichiara:

di avere implementato, prima dell’emissione della presente procedura di qualificazione, il prodotto in oggetto presso almeno un Medico di Medicina Generale o Pediatra Di Famiglia.

di possedere un contratto di fornitura del prodotto in oggetto presso almeno un Medico di Medicina Generale o Pediatra Di Famiglia.

Il Produttore dichiara di essere cosciente del fatto che l’aver conseguito l’esito positivo della qualifica è condizione necessaria per il rilascio e l’attivazione del prodotto presentato presso i Medici di Medicina Generale e i Pediatri Di Famiglia della Regione Lombardia;

Il Produttore si impegna a fornire ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri Di Famiglia i prodotti nella *release* qualificata.

La Società <Ragione sociale> dichiara di essere in possesso di tutti i requisiti di cui all’art. 38 del D.Lgs. 163/2006, comma 1.

Il Produttore si impegna a fornire il servizio di assistenza di secondo livello ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri Di Famiglia per la risoluzione di problemi inerenti i propri prodotti. A tale fine il Produttore si impegna a fornire al Servizio di assistenza regionale di I livello momenti di formazione inerenti le SSI ogniqualvolta sue queste vengano apportate modifiche.

Si delega il <Titolo Cognome e Nome>, <Ruolo>, <Riferimento telefonico>, <Eventuale riferimento fax e/o posta elettronica> quale referente per tutte le attività relative al procedimento di qualifica del prodotto sopra indicato.

In fede

<*Timbro e firma Legale rappresentante di Società*>