

## MODULO DI RACCOLTA DATI

### Responsabilità civile del Personale Dipendente di Strutture Sanitarie Private

#### 1. DATI ANAGRAFICI DEL PROPONENTE

1.A Nome <input style="width: 90%;" type="text"/>	1.B Cognome <input style="width: 90%;" type="text"/>
1.C Città <input style="width: 70%;" type="text"/>	1.D Provincia <input style="width: 10%;" type="text"/> 1.E CAP <input style="width: 15%;" type="text"/>
1.F Indirizzo <input style="width: 50%;" type="text"/>	1.G Partita Iva/Codice Fiscale <input style="width: 40%;" type="text"/>
1.H Denominazione Ente di appartenenza <input style="width: 95%;" type="text"/>	
1.I Telefono cellulare +39 <input style="width: 15%;" type="text"/>	1.J Indirizzo email <input style="width: 85%;" type="text"/>

#### 2. ALTRE ASSICURAZIONI

2.A Il Proponente è mai stato assicurato per la RC Professionale?		<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
2.B Assicuratori <input style="width: 50%;" type="text"/>	2.C Data di scadenza ultima copertura <input style="width: 40%;" type="text"/>		
2.D Franchigia <input style="width: 40%;" type="text"/>	2.E Numero di anni di copertura continua <input style="width: 50%;" type="text"/>		
2.F Massimale <input style="width: 80%;" type="text"/>			

#### 3. INFORMAZIONI GENERALI

3.A Indicare il **massimale** richiesto (per sinistro ed in aggregato annuo)

€ 1.500.000  € 2.500.000  € 3.000.000  € 5.000.000

3.B Retroattività \_\_\_\_\_

3.C Franchigia € \_\_\_\_\_

3.D Posizione del Proponente:

Dirigente Medico / Medico non Dirigente <input type="checkbox"/>	Personale Sanitario non Dirigente / Specializzando <input type="checkbox"/>	Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario, Sociale <input type="checkbox"/>
Personale Dirigenziale non Medico <input type="checkbox"/>	Quadro Sanitario / Restante personale Non Sanitario <input type="checkbox"/>	Dirigente Infermieristico <input type="checkbox"/>

3.E Indicare le **specializzazioni** esercitate dal Proponente:

Allergologia ed Immunologia Clinica <input type="checkbox"/>	Geriatria <input type="checkbox"/>	Neuroradiologia <input type="checkbox"/>
Anatomia patologica <input type="checkbox"/>	Igiene e medicina preventiva <input type="checkbox"/>	Oftalmologia <input type="checkbox"/>
Anestesia e rianimazione <input type="checkbox"/>	Immunologia <input type="checkbox"/>	Oncologia <input type="checkbox"/>
Andrologia <input type="checkbox"/>	Malattie dell'apparato cardiovascolare <input type="checkbox"/>	Ortopedia e Traumatologia <input type="checkbox"/>
Angiologia <input type="checkbox"/>	Malattie dell'apparato digerente <input type="checkbox"/>	Otorinolaringoiatria <input type="checkbox"/>
Audiologia e foniatría <input type="checkbox"/>	Malattie dell'apparato respiratorio/Pneumologia <input type="checkbox"/>	Patologia clinica <input type="checkbox"/>
Biochimica e chimica clinica <input type="checkbox"/>	Malattie infettive <input type="checkbox"/>	Pediatria esclusi pazienti nei primi 60 gg <input type="checkbox"/>
Biologia <input type="checkbox"/>	Medicina del lavoro <input type="checkbox"/>	Pediatria inclusi pazienti nei primi 60 gg <input type="checkbox"/>
Cardiochirurgia <input type="checkbox"/>	Medicina dello sport <input type="checkbox"/>	Psichiatria/Clinica Psichiatrica <input type="checkbox"/>
Cardiologia <input type="checkbox"/>	Medicina di base <input type="checkbox"/>	Psicologia clinica/Psicoterapia <input type="checkbox"/>
Chirurgia apparato digerente <input type="checkbox"/>	Medicina di comunità <input type="checkbox"/>	Radiodiagnostica <input type="checkbox"/>
Chirurgia generale <input type="checkbox"/>	Medicina d'urgenza <input type="checkbox"/>	Radioterapia <input type="checkbox"/>
Chirurgia maxillo facciale <input type="checkbox"/>	Medicina fisica e riabilitazione/Fisiatria <input type="checkbox"/>	Reumatologia <input type="checkbox"/>
Chirurgia pediatrica <input type="checkbox"/>	Medicina generale <input type="checkbox"/>	Scienza della alimentazione/Dietologia <input type="checkbox"/>
Chirurgia plastica e ricostruttiva <input type="checkbox"/>	Medicina interna <input type="checkbox"/>	Statistica Sanitaria e Biometria <input type="checkbox"/>
Chirurgia toracica <input type="checkbox"/>	Medicina legale <input type="checkbox"/>	Tossicologia medica <input type="checkbox"/>
Chirurgia vascolare <input type="checkbox"/>	Medicina nucleare <input type="checkbox"/>	Urologia <input type="checkbox"/>
Dermatologia e Venereologia <input type="checkbox"/>	Medicina termale <input type="checkbox"/>	Veterinaria <input type="checkbox"/>
Ematologia <input type="checkbox"/>	Medicina tropicale <input type="checkbox"/>	Altro _____ <input type="checkbox"/>
Endocrinochirurgia <input type="checkbox"/>	Medico abilitato non specializzato <input type="checkbox"/>	
Endocrinologia e malattie del ricambio <input type="checkbox"/>	Microbiologia e Virologia <input type="checkbox"/>	
Epatologia <input type="checkbox"/>	Nefrologia <input type="checkbox"/>	
Farmacologia <input type="checkbox"/>	Neurofisiopatologia <input type="checkbox"/>	
Gastroenterologia <input type="checkbox"/>	Neurologia <input type="checkbox"/>	
Genetica Medica <input type="checkbox"/>	Neuropsichiatria infantile <input type="checkbox"/>	

#### 4. SINISTROSITÀ PREGRESSA

4.A Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile, penale o deontologica nei confronti del Proponente negli ultimi 5 anni?

si

no

4.B Il Proponente è a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile, penale o deontologica nei suoi confronti?

si

no