

Programul SĂNĂTATE

Obiectivul de politică 4: O Europă mai socială și mai favorabilă incluziunii, prin implementarea Pilonului european al drepturilor sociale
Prioritatea 1: Creșterea calității serviciilor de asistență medicală primară, comunitară, a serviciilor oferite în regim ambulatoriu și îmbunătățirea și consolidarea serviciilor preventive

Obiectiv specific: ESO 4.11.

Titlu Proiectului: Depistare Activă, Responsabilitatea, Informație și Acces – DARIA

Beneficiar: Institutul Oncologic "Prof. Dr. Ion Chiricuta" Cluj-Napoca

Cod Proiect MySMIS: 352097

Anexa 4 - Declarație privind evitarea dublei finanțări

DECLARAȚIE PRIVIND EVITAREA DUBLEI FINANȚĂRI

Subsemnatul/Subsemnata _____, în calitate de reprezentant legal al cabinetului medical _____, cu sediul în _____, declar pe propria răspundere, cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal privind falsul în declarații, că serviciile medicale de prevenire și depistare precoce (screening) pentru cancerul mamar, respectiv:

1. ☐ **Consultația 1** – *Consultație preventivă de evaluare a riscului individual al adultului asimptomatic și transmiterea rezultatului negativ* (Consultația va viza în principal: - anamneza, estimarea gradului de risc (ex. aplicare chestionar pentru istoric personal sau familial de cancer de sân, istoric de patologii cu risc crescut de dezvoltare a cancerului de sân, prezenta semnelor și simptomelor înalt sugestive pentru cancerul de sân, în scopul depistării persoanelor cu risc crescut (fișe cu răspunsuri predefinite) - explicarea testării)
2. ☐ **Consultația 2** – *Consultație post evaluare mamografică/ecografică*. (Consultația va viza în principal: Informarea și explicarea rezultatelor pozitive la mamografie/ecografie și a recomandărilor pentru investigații suplimentare în vederea confirmării diagnostice/preluare în tratament, - avantajele, rolul, riscurile și necesitatea efectuării acesteia, -programarea la cel mai apropiat centru)

vor fi decontate dintr-o singură sursă de finanțare, în baza contractului încheiat cu **Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Apostol Andrei” Constanta**, în cadrul proiectului **“Programul Național de Screening pentru Cancerul de Sân: Depistarea Activă, Responsabilitate, Informație și Acces – DARIA”** cod SMIS: 352097, și **NU au fost / NU vor fi decontate și din alte surse de finanțare, inclusiv de către Casa de Asigurări de Sănătate** cu care cabinetul se află în relație contractuală.

Declar că voi respecta obligația de evitare a dublei finanțări pentru toate activitățile desfășurate în cadrul proiectului.



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Data: _____

Denumire cabinet: _____

Nume și prenume reprezentant legal: _____

Semnătura: _____