**Parere del Cantone in materia di aiuti finanziari secondo la LCIP**

**Conferma del parere consolidato**

1. **Informazioni sulla comunità o la comunità di riferimento**

N° della domanda:      Nome:

Forma giuridica:       Data della fondazione:

Numero d'identificazione univoco dell’impresa (IDI):

Via / n.:       NPA / luogo:

Informazioni sulla forma organizzativa della comunità:

[ ]  Domanda in qualità di comunità di riferimento secondo l’articolo 2 capoverso 1 lettera b in combinato disposto con l'articolo 8 capoverso 1 OFCIP:

accessibile a tutti i professionisti della salute e permette a tutti i pazienti di aprire una cartella informatizzata del paziente.

OPPURE

[ ]  Domanda in qualità di comunità di riferimento secondo l’articolo 2 capoverso 1 lettera b in combinato disposto con l'articolo 8 capoverso 2 OFCIP:

non accessibile a tutti i professionisti della salute o non permette a tutti i pazienti di aprire una cartella informatizzata del paziente.

OPPURE

[ ]  Domanda in qualità di comunità secondo l’articolo 2 capoverso 1 lettera a in combinato disposto con l'articolo 8 capoverso 2 OFCIP:

**Il parere consolidato è allestito dal Cantone seguente:**

Ufficio:       Via:

NPA:       Luogo:

Nome, cognome:       Funzione:

**Il Cantone seguente non ha presentato pareri:**

Ufficio:       Via:

NPA:       Luogo:

Nome, cognome:       Funzione:

Data/luogo:       Firma: