DOMANDA DI SCELTA DEL MEDICO DI FAMIGLIA IN DEROGA TERRITORIALE

CITTADINI NON RESIDENTI IN UNO DEI COMUNI DELL'ASL TOSCANA SUD EST (Prov. AR, GR, SI)

(barrare la casella secondo il medico che si intende scegliere)

○ MEDICO MEDICINA GENERALE ○ PEDIATRA DI FAMIGLIA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO

Resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. N. 445 del 28/12/2000

Io sottoscritto/a _____ _____
cognome nome

natio/a nel Comune di _____ prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____ cod. reg. iscr. AUSL di residenza _____

Residente nel Comune di _____ via/piazza _____ n° _____

domicilio sanitario nel comune di _____ via/piazza _____ n° _____

Tel _____ /cell. _____ e-mail _____

TENUTO CONTO

della disponibilità del medico, come dalla seguente dichiarazione dallo stesso sottoscritta:

Io sottoscritto/a Dr. _____ dichiaro di accettare le scelte espresse con la presente domanda, che mi verranno attribuite con decorrenza dalla data di presentazione alla AUSL Toscana Sud Est della domanda stessa. Prendo atto che, in caso di parere negativo da parte del Comitato d'Azienda, le scelte mi verranno cancellate dalla data in cui il cittadino riceve il diniego all'istanza.

Data _____ Firma e timbro del medico _____

CHIEDO ALL'AUSL TOSCANA SUD EST

per me e/o per i familiari conviventi sotto indicati, figli minorenni per i quali esercito la potestà genitoriale o maggiorenni, che confermano la scelta sottoscrivendola, oppure rilasciando apposita delega, allegando copia del documento di identità

COGNOME E NOME	PARENTELA	DATA NASCITA	CODICE FISCALE	CODICE REG ISCRIZIONE

Ai sensi dell'art. 39, comma 2 e 5 ACN MMG o art. 37, comma comma 2 e 3 ACN PLS l'assegnazione del dott. _____ **per la seguente motivazione** ART. 40 A.C.N. MMG E ART.39 A.C.N PLS DEL 29/07/2009 (barrare e compilare la motivazione):

☐ **prosecuzione del rapporto fiduciario–continuità assistenziale**: già mio medico dal _____

per iscrizione presso la ex AUSL _____

☐ **vicinanza o migliore viabilità** se la residenza/domicilio sanitario gravita in un ambito limitrofo all'ambulatorio del medico

☐ **la scelta è o diventa obbligata** per il seguente motivo: _____

☐ **gravi ed obiettive circostanze** che ostacolano la normale erogazione dell'assistenza (specificare)

_____

☐ Altri motivi: già medico del familiare convivente Sig./ra _____

☐ Altre specifiche:

Sono consapevole che, nel caso in cui il medico scelto sia iscritto in un ambito territoriale NON limitrofo la scelta sarà temporanea in quanto sottoposta al parere del Comitato d'Azienda, che verrà assunto entro il termine di 90 giorni dalla data di presentazione di questa domanda presso gli uffici di scelta/revoca del medico dell'Azienda USL di iscrizione del medico. L'eventuale parere negativo sarà comunicato tramite raccomandata.

Sono consapevole che, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia, sotto la mia personale responsabilità confermo che quanto da me dichiarato nella presente istanza corrisponde a verità.

Sono consapevole infine che i dati forniti direttamente dall'utente sono tutelati dal Decreto Legislativo 196/2003 e pertanto saranno utilizzati, anche in forma digitale, per la sola ed esclusiva fornitura di prestazioni e/o servizi dallo stesso richiesti, garantendo la sicurezza e riservatezza dei dati stessi. A tale scopo autorizzo l'Azienda USL Toscana Sud Est ad utilizzare i dati da me forniti con la presente domanda per la gestione degli elenchi degli iscritti al S.S.R., e di comunicarli al medico di fiducia da me scelto per me e per i suddetti familiari, nonché agli altri medici associati, al/i rispettivo/i sostituto/i .

Data, _____

(firma del richiedente e dei familiari maggiorenni)

Nel caso che la richiesta riguardi il pediatra di famiglia

_____

(firma dell'altro genitore)

In caso di firma di un solo genitore, quest'ultimo, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di effettuare la scelta di comune accordo con l'altro genitore in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale ovvero in conformità a disposizione di legge o a provvedimenti dell'autorità giudiziaria (artt. 316, 337 ter, 337 quater del codice civile)*

* Ai sensi della normativa vigente, la scelta del pediatra è effettuata, nell'esercizio della responsabilità genitoriale, congiuntamente da entrambi i genitori salvo che ricorrano le seguenti fattispecie: unico genitore che ha riconosciuto il minore; impedimento o lontananza di uno dei genitori che renda impossibile l'esercizio della responsabilità genitoriale; affidamento superesclusivo ad uno dei genitori.

RISERVATO ALL'UFFICIO ASL TOSCANA SUD EST

ASSISTITO _____
Ambito territoriale _____ Distretto di _____

Operatore che riceve la domanda			
Data invio domanda al Referente aziendale			
Medico revocato		Ambito territoriale	
N° medici disponibili nell'ambito di residenza dell'assistito:			

Medico scelto in deroga		Ambito territoriale	

Distanza:

tra residenza assistito e ambulatorio medico ricusato:	
tra residenza assistito e ambulatorio medico scelto in deroga:	
tra residenza assistito e altri ambulatori medici dell'ambito di residenza dell'assistito:	

Ambulatori: indicare sedi ed orari di apertura degli ambulatori:

Medico ricusato:	
Medico scelto in deroga:	

SPAZIO RISERVATO AL COMITATO AZIENDALE

SPAZIO RISERVATO AL PARERE DEL COMITATO AZIENDALE

❑ Domanda accolta
❑ Domanda respinta
❑ Richiesta accertamenti

Motivazione _____
_____

Data _____ _____
IL PRESIDENTE DEL COMITATO AZIENDALE

SPAZIO RISERVATO AL PARERE DEL COMITATO AZIENDALE IN SEDE DI RIESAME

❑ Domanda accolta
❑ Domanda respinta
❑ Richiesta accertamenti

Motivazione _____
_____

Data _____ _____
IL PRESIDENTE DEL COMITATO AZIENDALE

SPAZIO RISERVATO ALLE COMUNICAZIONI AD ALTRA ASL DI RESIDENZA

Documento trasmesso, per conoscenza all'ex ASL di residenza il _____

Data _____ _____
Il Responsabile del Procedimento