

## DOMANDA DI SCELTA DEL MEDICO DI FAMIGLIA IN DEROGA TERRITORIALE

(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 \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### TENUTO CONTO

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

Io sottoscritt\_ 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 sottoindicati, 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 DI NASCITA	CODICE FISCALE	CODICE REG ISCRIZIONE

che, in **deroga** alle vigenti disposizioni in materia di ambito territoriale di scelta, venga autorizzata l'iscrizione dei sopraelencati nominativi nell'elenco degli assistiti del Dr \_\_\_\_\_ cod.reg. \_\_\_\_\_

iscritt\_ negli elenchi del comune di \_\_\_\_\_

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)

**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      Motivazione \_\_\_\_\_
- Richiesta accertamenti \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IL PRESIDENTE DEL COMITATO AZIENDALE

**SPAZIO RISERVATO AL PARERE DEL COMITATO AZIENDALE IN SEDE DI RIESAME**

- Domanda accolta
- Domanda respinta      Motivazione \_\_\_\_\_
- Richiesta accertamenti \_\_\_\_\_

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