

Distretto di _____

RICHIESTA DI SCELTA IN DEROGA ALL'AMBITO

Al Comitato Aziendale:
(Specificare)

di Medicina Generale

di Pediatria

A cura dell'Utente

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

___ / ___ sottoscritt _____ nat ___ il _____

a _____ Codice fiscale _____

residente a _____ in via/ piazza _____ n° _____

domiciliato a _____ in via / piazza _____ n° _____

tel. n° _____ email _____

tenuto conto della disponibilità del medico (vedi dichiarazione sottoscritta dallo stesso di seguito riportata) chiedo per me e/o per i familiari conviventi e/o per i figli minorenni per i quali esercito la patria potestà genitoriale, sotto elencati,

Cognome e Nome	Data di nascita	Codice fiscale	Parentela

Che, in deroga alle vigenti disposizioni in materia di ambito territoriali di scelta, venga autorizzata l'iscrizione dei sopraelencati nominativi nell'elenco degli assistiti del dr. _____

codice regionale _____ iscritto negli elenchi dell'ambito di _____,

per la seguente motivazione (obbligatoria):

trattasi di scelta obbligata (specificare)

sussistono condizioni di vicinanza o viabilità (specificare)

sussistono circostanze che ostacolano l'assistenza (specificare)

prosecuzione rapporto di fiducia già mio medico dal _____ e/o parente/convivente _____

nota: se parenti del medico solo per nonni, genitori, fratelli, figli e nipoti (figli dei figli)

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le 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.

DATA _____

FIRMA DEL DICHIARANTE _____



A cura del Medico scelto

Il Dr. _____ incluso negli elenchi dei medici MMG/PLS dell'ambito di
_____ Distretto di _____
con codice regionale n° _____ ed ambulatorio in _____
via _____ dichiara di accettare la scelta di cui alla presente istanza.
_____ li _____ firma e timbro del medico _____

A cura dell'Ufficio Anagrafe Competente

Istanza presentata in data _____ prot. n° _____
Si attesta che il dr. _____ C.R. _____
Può acquisire la scelta non avendo raggiunto il massimale o perché rientra tra le deroghe al massimale previste dall'ACN:
(specificare) _____

Il Responsabile dell'Ufficio Anagrafe

Timbro e firma

A cura del Comitato Aziendale

Nella seduta del _____ il Comitato Aziendale di _____
dopo aver valutato la richiesta del Sig. / ra _____
esprime il parere:
 Favorevole
 Sfavorevole
 Chiarimenti
Per le seguenti motivazioni _____

Catania _____ Il Presidente del Comitato
