

DOMANDA DI SCELTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE – PEDIATRA DI LIBERA SCELTA IN DEROGA ALLA NORMATIVA GENERALE

AI DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. _____

AI COMITATO AZIENDALE

-
- Per la MEDICINA GENERALE
-
-
- Per la PEDIATRIA di LIBERA SCELTA

Il sottoscritto _____ nato a _____ il
_____ residente a _____ in Via
_____ n. _____ telefono _____ n. Codice Fiscale
_____ attualmente iscritto nell'elenco degli assistiti del Dott.

OPPURE

Il sottoscritto _____ nato a _____ il
_____ residente a _____ in Via
_____ n. _____ telefono _____ in qualità di
Amministratore di Sostegno / Curatore / Tutore (sottolineare la voce di interesse)

CHIEDE

che venga autorizzata la scelta in deroga alle norme vigenti a favore del Dott. _____
iscritto nell'elenco del Comune di _____ per sé e per il/i proprio/i
familiare/i di seguito elencato/i per il proprio assistito di seguito elencato

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA NASCITA	RAPPORTO PARENTELA	ATTUALMENTE ASSISTITO/A DA

Tale richiesta viene avanzata per uno dei seguenti motivi previsti dalla normativa vigente:

- Maggior vicinanza (o migliore viabilità) dalla propria abitazione allo studio del medico che dista Km. _____, mentre il più vicino medico del proprio Comune ha lo studio a Km. _____;
- Venuto meno il rapporto di fiducia fra il sottoscritto ed il Dott. _____;
- Unico medico operante nel Comune di residenza;
- Gravi ed obiettive circostanze che ostacolano la normale erogazione dell'assistenza, (specificare motivo) _____;
- Desidera scegliere un PLS e nel Comune di residenza non operano PLS convenzionati;
- Altro _____;

Data _____

Firma _____

Il sottoscritto produce, contestualmente alla presente, accettazione del Medico oggetto di scelta in deroga:

Per accettazione il Dott. _____

Data _____ Timbro e Firma _____

Il **Comitato Aziendale** per la **MMG** - **PLS**, nella seduta del _____
ha ritenuto di: **ACCOGLIERE** la domanda **NON ACCOGLIERE** la domanda per il seguente motivo:

VISTO il Comitato Aziendale:

N.B. Il presente modulo deve essere presentato presso gli uffici Anagrafe Sanitaria del Distretto Socio Sanitario di appartenenza, unitamente alla copia di un documento di identità in corso di validità del richiedente