

Ricevuto il _____

DOMANDA DI SCELTA IN DEROGA PER TERRITORIO DEL MEDICO **GENERICO** **PEDIATRA**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ () il ___/___/___
residente a _____ () in Via _____
CAP (), Telefono _____, precedente residenza (se trasferito) _____
e domiciliato/a (se diverso dalla residenza) in _____ ()
Via _____ CAP (), attualmente assistito/a dal Dott. _____
volendo operare la scelta/variazione del medico per me e/o per i seguenti familiari conviventi:

Cognome e Nome	Data di nascita	Grado di parentela	Medico attuale

TENUTO CONTO DELLA DISPONIBILITA' DEL MEDICO, come dalla seguente dichiarazione dallo stesso sottoscritta:

Io sottoscritto/a Dott./D.ssa _____ iscritto/a nel comune di _____
dichiaro la mia disponibilità ad accettare le scelte espresse con la seguente domanda.

Data _____ Firma e timbro del medico _____

CHIEDE

che, **IN DEROGA ALLE VIGENTI DISPOSIZIONI**, venga autorizzata l'iscrizione negli elenchi del medico di cui sopra tenendo conto delle seguenti motivazioni (se la richiesta è diretta al ricongiungimento al nucleo familiare indicare nome, cognome, data di nascita e grado di parentela dei componenti il relativo nucleo):

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 corrisponde a verità.

Sono consapevole che i dati personali forniti, sono tutelati dal D.Lgs 196/2003 e pertanto saranno utilizzati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, a garanzia della sicurezza e riservatezza dei dati medesimi.

Dichiaro infine di essere consapevole che la decisione in merito alla presente richiesta verrà assunta entro il termine di 90 giorni dalla sua presentazione presso gli uffici dell'Asl.

Data

Firma del richiedente

INSERIMENTO D'UFFICIO

DATA _____

FIRMA (l'addetto) _____

oppure

PARERE COMITATO AZIENDALE MEDICINA GEN./PED. ED EVENTUALI MOTIVAZIONI

PARERE FAVOREVOLE

PARERE CONTRARIO _____

DATA _____

FIRMA _____