

Scelta del medico di medicina generale al di fuori del territorio sanitario di residenza: **richiesta in deroga**

Io sottoscritto/a

(nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

Stato di nascita | codice fiscale

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

CHIEDO

► l'assistenza del dott. (nome e cognome)

con l'ambulatorio nel Comune di

barrare le caselle di interesse e scrivere le informazioni richieste

per me

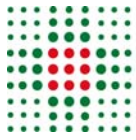
per i familiari conviventi (iscritti nello stato di famiglia) qui indicati:

Nome Cognome	Cod. fiscale	Data di nascita	Comune e Stato di nascita	Grado di parentela	Genere (F/M)

► per questo motivo:

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

l'ambulatorio del medico richiesto è più vicino o raggiungibile (specificare)



è necessario per la mia situazione lavorativa o familiare (*specificare*)

non è possibile scegliere un medico nel territorio sanitario di residenza (*scelta obbligata*)

altri motivi (*specificare*)

SCELGO DI

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

ritirare il documento che attesta il medico assegnato di persona negli uffici dell'AUSL del distretto sanitario di residenza

fare ritirare il documento che attesta il medico assegnato a una persona delegata

ricevere il documento che attesta il medico assegnato all'indirizzo di posta elettronica ordinaria (*specificare*)

ricevere il documento che attesta il medico assegnato all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) (*specificare*)

ricevere il documento che attesta il medico assegnato per posta, all'indirizzo (*specificare solo se diverso da quello già indicato*)

Via

Comune

CAP

Prov.

DICHIARO

che attualmente mi assiste il dott. (*nome e cognome*)

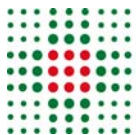
ALLEGO

- la dichiarazione di accettazione del medico richiesto

SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data | firma (*per esteso e leggibile*)



TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo www.ausl.mo.it/informativaprivacy

INFORMAZIONI IMPORTANTI

Come chiedere l'assistenza del medico di medicina generale

Può presentare la sua richiesta in 3 modi:

- di persona
- per posta elettronica ordinaria, all'indirizzo sportelloonline@pec.ausl.mo.it
- per Posta Elettronica Certificata (PEC), all'indirizzo sportelloonline@pec.ausl.mo.it

Ricordi che soltanto scrivere da un indirizzo PEC le garantisce la riservatezza dei dati e la certezza di consegna del messaggio.

ATTENZIONE! Se delega un'altra persona a presentare la sua richiesta, deve ricordarsi di compilare anche il "Modulo di delega".

Deve sempre allegare **una copia di un suo documento di identità**, tranne nel caso in cui presenti la richiesta di persona agli uffici dell'Azienda USL di Modena o tramite la sua PEC personale.

**SPAZIO RISERVATO PER L'ACCETTAZIONE
DEL MEDICO RICHiesto**

Io sottoscritto/a	
accetto di assistere	
e i suoi familiari	
data	firma e timbro <i>(Il Medico)</i>

SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA USL

Esaminata la documentazione allegata, si esprime parere	
<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO
per i seguenti motivi:	
data	firma e timbro
(per il Comitato distrettuale MMG - Il Segretario verbalizzante)	