

## Scelta del medico di medicina generale al di fuori del proprio territorio di residenza e domicilio: **richiesta in deroga**

Io sottoscritto/a

(*nome*) | (*cognome*)

nato/a il | a | Prov.

Stato di nascita | nazionalità

codice fiscale

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

telefono (*fisso o cellulare*)

e-mail (*facoltativo*)

### CHIEDO

per me

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

con l'ambulatorio nel Comune di

► 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*)

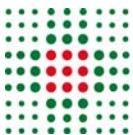
---

---

altri motivi (*specificare*)

---

---



**CHIEDO INOLTRE (compilare solo se si chiede il medico per un minore)**

in qualità di

- genitore che esercita la responsabilità genitoriale insieme all'altro genitore, che concorda  
 genitore che esercita la responsabilità genitoriale in esclusiva  
 tutore/affidatario

del minore

(*nome e cognome*)

maschio       femmina

nato/a il

a | Prov.

Stato di nascita

cittadinanza

codice fiscale

residente nel Comune di

| Prov.

Via | n.

del minore

(*nome e cognome*)

maschio       femmina

nato/a il

a | Prov.

Stato di nascita

cittadinanza

codice fiscale

residente nel Comune di

| Prov.

Via | n.

► l'assistenza dello stesso medico

**SCELGO DI**

*barcare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

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

*consapevole che, in caso di indirizzo di posta elettronica*

*non certificata, non è garantita la riservatezza dei dati e la certezza di consegna del messaggio*

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

Via

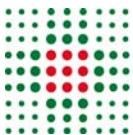
Comune

CAP

Prov.

**DICHIARO**

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



## ALLEGATO

- la dichiarazione di accettazione del medico richiesto
- una copia di un documento di identità in corso di validità

## 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](http://www.ausl.mo.it/informativaprivacy).

I dati da lei forniti tramite questo modulo, compresi i suoi recapiti (numero di telefono e indirizzo e-mail), saranno registrati nell'Anagrafe Sanitaria Regionale per futuri utilizzi previsti dalla legge. L'informativa specifica sul trattamento dei dati personali nell'ambito dell'Anagrafe Sanitaria Regionale è disponibile on line su [www.ausl.mo.it/informative-privacy](http://www.ausl.mo.it/informative-privacy). Può comunicare la variazione dei suoi recapiti scrivendo a [dpo@ausl.mo.it](mailto:dpo@ausl.mo.it)

## INFORMAZIONI IMPORTANTI

### Come chiedere l'assistenza del medico di medicina generale

Può presentare la sua richiesta in diversi modi:

- di persona
- per posta elettronica ordinaria o certificata, all'indirizzo [sportelloonline@pec.ausl.mo.it](mailto:sportelloonline@pec.ausl.mo.it), trasmettendo con un unico invio tutta la documentazione (modulo e relativi allegati) altrimenti non sarà possibile prendere in carico la richiesta.

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".

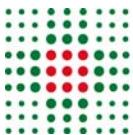
## SPAZIO RISERVATO PER L'ACCETTAZIONE DEL MEDICO RICHIESTO

Io sottoscritto/a

accetto di assistere

data

firma e timbro (*Il Medico*)



## SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA USL

Esaminata la documentazione allegata, si esprime parere

POSITIVO       NEGATIVO

per i seguenti motivi:

data	firma e timbro	
		(per il Comitato distrettuale MMG - Il Segretario verbalizzante)