



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

| 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:

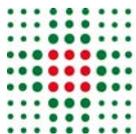
barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

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

barrare 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)

ALLEGRO

- 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.

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. Può comunicare la variazione dei suoi recapiti scrivendo a 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, 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".

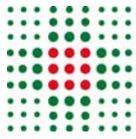
SPAZIO RISERVATO PER L'ACCETTAZIONE DEL MEDICO RICHiesto

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)