



Cittadini con medico di medicina generale o pediatra nell'Ausl di Modena: richiesta di cambiare il medico/pediatra

Io sottoscritto/a

(nome)

| (cognome)

nato/a il

| a

| Prov.

Stato di nascita

| codice fiscale

residente a

| Prov.

| CAP

Via

| n.

domiciliato a

| Prov.

| CAP

Via

| n.

telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

CHIEDO

per me

▶ la **revoca** dell'assistenza del dott. (nome e cognome)

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

▶ se non disponibile, in alternativa chiedo l'assistenza di

1. dott. (nome e cognome)

2. dott. (nome e cognome)

3. dott. (nome e cognome)

CHIEDO INOLTRE (compilare solo se si chiede il medico/pediatra 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

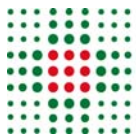
femmina

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. _____

▶ la **revoca** dell'assistenza del dott. *(nome e cognome)*

▶ l'assistenza del medico/pediatra

dott. *(nome e cognome)*

▶ se non disponibile, in alternativa chiedo l'assistenza del
del

1. dott. *(nome e cognome)*

2. dott. *(nome e cognome)*

nato/a il _____

a _____ | Prov. _____

Stato di nascita _____

cittadinanza _____

codice fiscale _____

residente nel Comune di _____

| Prov. _____

Via _____ | n. _____

▶ la **revoca** dell'assistenza del dott. *(nome e cognome)*

▶ l'assistenza del medico/pediatra

dott. *(nome e cognome)*

▶ se non disponibile, in alternativa chiedo l'assistenza

1. dott. *(nome e cognome)*

2. dott. *(nome e cognome)*

DICHIARO CHE* *(compilare solo in caso di necessità)*

▶ un mio familiare anagraficamente convivente

(nome e cognome)

(codice fiscale)

è già assistito da uno dei medici indicati

sopra, cioè dal dott. *(nome e cognome)*

SCELGO DI

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.

ALLEGRO

- una copia di un documento di identità in corso di validità
- la dichiarazione di accettazione del medico/pediatra scelto (solo se l'attuale medico curante non cessa l'attività e appartiene alla stessa Associazione del nuovo professionista scelto)

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 di cambiare il medico di medicina generale o il pediatra

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".

Se la richiesta è presentata presso una farmacia, la farmacia provvede a inviarla all'Azienda USL tramite fax o posta elettronica (a un indirizzo non PEC).

* Come viene assegnato il medico/pediatra

Il medico/pediatra può essere assegnato solo se ha posti disponibili.

La verifica sulla disponibilità di posti viene eseguita in riferimento ai singoli medici, seguendo l'ordine indicato nella richiesta.

In caso di indisponibilità di posti, il medico può essere assegnato solo se assiste già un familiare anagraficamente convivente con la persona richiedente, comunque entro il limite fissato per questa categoria di assistenza dagli Accordi collettivi nazionali e regionali per la disciplina dei rapporti con MMG-PLS.