RICHIESTA DI SCELTA IN DEROGA TERRITORIALE

Artt. 38 e 39 dell'ACN per la Medicina Generale e art. 36 dell'ACN la Pediatria di Famiglia

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente nel Comune di _____

Indirizzo _____n. _____Tel. _____

Email _____

Codice fiscale _____

attualmente iscritto negli elenchi del dr _____

ASST _____

CHIEDE l'iscrizione/mantenimento dell'iscrizione

Nell'elenco del Dr/D.ssa _____

Con ambulatorio nell'ambito del Comune di _____ASST _____

☐ per se stesso
☐ per i familiari sotto indicati:

1. _____ nato il _____ C.F. _____
Grado di parentela _____attualmente iscritto negli elenchi del Dr _____ ☐ MMG ☐ PLS
2. _____ nato il _____ C.F. _____
Grado di parentela _____attualmente iscritto negli elenchi del Dr _____ ☐ MMG ☐ PLS
3. _____ nato il _____ C.F. _____
Grado di parentela _____attualmente iscritto negli elenchi del Dr _____ ☐ MMG ☐ PLS

Prioritaria, in riferimento ai posti in deroga, la prosecuzione del rapporto fiduciario /continuità assistenziale, con particolare attenzione agli assistiti portatori di patologie.

Data _____ Firma _____

Informativa, ai sensi e per gli effetti di cui al D.L.gs n. 196/2003 e Regolamento U.E. n. 679/2016: i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____ Firma _____

Allega dichiarazione di disponibilità del MMG – PLS scelto in deroga

ATTENZIONE: La scelta in deroga richiesta potrà essere accolta solo se il medico individuato ha la capienza prevista ai sensi e per gli effetti dell'art. 38 e 39 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale e dell'art. 36 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Famiglia.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO S/R

Massimale Medico richiesto _____ Carico virtuale _____Carico totale_____

☐ PARERE FAVOREVOLE ☐ PARERE SFAVOREVOLE

Data _____ Firma _____