SST Azienda USL Toscana centro
Servizio Sanitario della Toscana

DOMANDA DI SCELTA DEL MEDICO DI FAMIGLIA IN DEROGA TERRITORIALE

(barrare la casella secondo il medico che si intende scegliere)

☐ MEDICO MEDICINA GENERALE ☐ PEDIATRA DI FAMIGLIA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
RESA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28/12/2000

Io sottoscritto/a _____ _____
(cognome) (nome)

nato a _____ il _____

cod. fisc. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ cod. reg. iscr. AUSL di residenza _____

residente nel comune di _____ Via/P.za _____ n. _____

domicilio sanitario nel comune di _____ Via/P.za _____ n. _____

tel. _____ e-mail _____

TENUTO CONTO

della disponibilità del medico, come dalla seguente dichiarazione dallo stesso sottoscritta.

Io sottoscritt____ Dr. _____ dichiaro di accettare le scelte espresse con la presente domanda, che mi saranno attribuite con decorrenza dalla data di presentazione alla AUSL Toscana centro della domanda stessa. Prendo atto che, in caso di parere negativo da parte del Comitato d'Azienda, le scelte mi saranno cancellate dalla data in cui il cittadino riceve il diniego all'istanza.

Data _____ Firma e timbro del medico _____

CHIEDO ALL'AUSL TOSCANA CENTRO

per me e/o per i familiari conviventi sottoindicati, figli minorenni per i quali esercito la potestà genitoriale o maggiorenni, che confermano la scelta sottoscrivendola, oppure rilasciando apposita delega, allegando copia del documento di identità

COGNOME E NOME	PARENTELA	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	CODICE REG. ISCRIZIONE

che, **in deroga** alle vigenti disposizioni in materia di ambito territoriale di scelta, venga autorizzata l'**iscrizione** dei sopraelencati nominativi nell'elenco degli assistiti del Dr. _____ cod.reg. _____

iscritt____ negli elenchi del comune di _____

per la seguente motivazione ART. 40 A.C.N. MMG E ART.39 A.C.N PLS DEL 29/07/2009 (barrare e compilare la motivazione):

☐ **prosecuzione del rapporto fiduciario – continuità assistenziale**: già mio medico dal _____
per iscrizione presso la ex AUSL _____

☐ **vicinanza o migliore viabilità** se la residenza/domicilio sanitario gravita in un ambito limitrofo all'ambulatorio del medico

☐ **la scelta è o diventa obbligata** per il seguente motivo: _____

☐ **gravi ed obiettive circostanze** che ostacolano la normale erogazione dell'assistenza (specificare): _____

Altri motivi: ☐ già medico del familiare convivente Sig./ra _____

Altre specifiche: ☐ _____

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all'indirizzo: https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda o scansionando il QR code a margine.

_____ _____ _____ _____ _____
(data) (firma del dichiarante e dei familiari maggiorenni)

TPX 2199

SST Azienda USL Toscana centro
Servizio Sanitario della Toscana

SCELTA O CAMBIO DEL MEDICO DI FAMIGLIA

Io sottoscritt ____

nat __ il ____ / ____ / _____ a ____ prov _____

residente a ____ via/piazza ____ n. _____

cod. fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

tel. ____ e.mail ____

in qualità di

☐ diretto interessato ☐ genitore con potestà genitoriale ☐ tutore legale

CHIEDO

consapevole della responsabilità penale cui potrò andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del DPR 445/2000

che sia assegnato il dott. ____ **a favore di:**

____ ____
cognome nome

nat __ il ____ / ____ / _____ a ____ prov _____

residente a ____ via/piazza ____ n. _____

cod. fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

tel. ____ e.mail ____

per la seguente motivazione:

☐ SCELTA DI ALTRO MEDICO, indicare il nominativo del medico precedente
dott. ____

☐ VARIAZIONE DI RESIDENZA, indicare la vecchia residenza:
Comune ____ via ____

☐ PRIMA ISCRIZIONE AL SSN

CHIEDO inoltre che il documento di assegnazione del medico sia inviato

☐ tramite posta ordinaria all'indirizzo ____

☐ tramite e.mail all'indirizzo ____

☐ tramite fax al numero ____

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all'indirizzo: https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda o scansionando il QR code a margine.

Data ____ / ____ / _____ Firma ____

N.B. Allegare documento di identità dell'interessato/genitore/tutore

TPX 5093