

**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

lo sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ (nome)

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ 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 verranno 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 verranno 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  \_\_\_\_\_

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia, sotto la mia personale responsabilità confermo che quanto da me dichiarato nella presente istanza corrisponde a verità.

Sono consapevole che i dati forniti direttamente dall'utente sono tutelati dal Decreto Legislativo 196/2003 e pertanto saranno utilizzati, anche in forma digitale, per la sola ed esclusiva fornitura di prestazioni e/o servizi dallo stesso richiesti, garantendo la sicurezza e riservatezza dei dati stessi. A tale scopo autorizzo l'Azienda USL Toscana centro ad utilizzare i dati da me forniti con la presente domanda per la gestione degli elenchi degli iscritti al S.S.R., e di comunicarli al medico di fiducia da me scelto per me e per i suddetti familiari, nonché agli altri medici associati, al/i rispettivo/i sostituto/i .

Dichiaro, infine, di essere consapevole che la decisione in merito alla presente richiesta verrà assunta entro il termine di 90 giorni dalla data della sua **presentazione presso gli uffici di scelta/revoca medico della ex AUSL di iscrizione del medico** previa revoca del medico eventualmente scelto presso la ex AUSL di residenza.

RISERVATO ALL'UFFICIO AUSL TOSCANA CENTRO      Presidio _____			
exAUSL Medico	Comune d'iscrizione del medico	Massimale	Scelte in carico:
			delle quali in deroga:
Note:			
data _____		_____ (timbro del Presidio e firma dell'operatore)	

<b>PARERE COMITATO MMG/PDF ex AUSL _____</b>		
<input type="checkbox"/> FAVOREVOLE	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> RICHIESTA DI ACCERTAMENTI
MOTIVAZIONI: _____		
data _____      Firma _____		

ESITO EVENTUALI ACCERTAMENTI DISPOSTI SU RICHIESTA DEL COMITATO D'AZIENDA	
data _____	
_____ (firma dell'operatore)	

<b>PARERE COMITATO MMG/PDF ex AUSL _____ a seguito di RIESAME</b>	
<input type="checkbox"/> FAVOREVOLE	<input type="checkbox"/> NEGATIVO
MOTIVAZIONI: _____	
data _____      Firma _____	