



COMITATO AZIENDALE

MEDICI DI MEDICINA GENERALE – ART. 12 A.C.N. VIGENTE **PEDIATRI DI LIBERA SCELTA – ART. 12 A.C.N. VIGENTE**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

Residente in _____, via _____ n. _____ cap _____

Codice Fiscale _____ n. tel. _____ email _____

CHIEDE DI SCEGLIERE:

PER SE'

PER I FAMILIARI ANAGRAFICAMENTE CONVIVENTI:

cognome e nome	Data nascita	Relazione di parentela	Codice Fiscale

come medico di fiducia, in deroga alla competenza territoriale, la/il Dott. _____

con ambulatorio nel Comune di _____ nell'ambito dell'ASL _____ per i seguenti motivi:

continuità assistenziale – **previsto solo per MMG** – (specificare): _____

ricongiungimento con familiare anagraficamente convivente – (specificare): _____

migliore viabilità / vicinanza – (specificare): _____

scelta obbligata o gravi ed obiettive circostanze che ostacolino la normale erogazione dell'assistenza – (specificare): _____

Data _____

firma _____

N.B.: Se la scelta del medico avviene per figli minori è necessaria la firma di entrambi i genitori.

DICHIARAZIONE DEL MEDICO

La / il sottoscritto/o Dott. _____ dichiara di accettare : (specificare nome e cognome dell'assistito) _____

conformemente alle indicazioni degli Accordi vigenti (ACN / AIR)

Data _____

firma _____

LA RICHIESTA E' VALIDA SOLO SE COMPILATA INTEGRALMENTE – DATATA, FIRMATA E LEGGIBILE.

IL DICHIARANTE E' CONSAPEVOLE DI QUANTO PREVISTO DAGLI ARTT. 75 E 76 D.P.R. N. 445 DEL 28/12/2000 ED IN MODO PARTICOLARE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RILASCIANO DICHIARAZIONI NON CORRISPONDENTI AL VERO E CHE SULLA PRESENTE DICHIARAZIONE SARANNO EFFETTUATI I CONTROLLI PREVISTI DAGLI ARTT. 70 E SEGUENTI DEL D.P.R. 445/2000.