

## 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. 445/28.12.2000

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a 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 sottoscritto/a 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. \_\_\_\_\_

iscritto/a 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./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-usltoSCANACENTRO> o scansionando il QR code a margine.



\_\_\_\_\_ (data)

\_\_\_\_\_ (firma del dichiarante e dei familiari maggiorenni)

Nel caso che la richiesta riguardi il soggetto minorenne \_\_\_\_\_ (firma dell'altro genitore)

In caso di firma di un solo genitore, quest'ultimo, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di effettuare la scelta di comune accordo con l'altro genitore in osservanza delle disposizioni sulla-responsabilità genitoriale ovvero in conformità a disposizione di legge o a provvedimenti dell'autorità giudiziaria ( art. 316, 337 ter, 337 quater del codice civile)\*

\*Ai sensi della normativa vigente, la scelta del pediatra è effettuata, nell'esercizio della responsabilità genitoriale, congiuntamente da entrambi i genitori salvo che ricorrano le seguenti fattispecie: unico genitore che ha riconosciuto il minore; impedimento o lontananza di uno dei genitori che renda impossibile l'esercizio della responsabilità genitoriale; affidamento superesclusivo ad uno dei genitori

**RISERVATO ALL'UFFICIO AUSL TOSCANA CENTRO**

Presidio \_\_\_\_\_

EX AUSL MEDICO

COMUNE D'ISCRIZIONE DEL MEDICO

MASSIMALE

SCELTE IN CARICO:

delle quali in deroga:

NOTE

data \_\_\_\_\_

(timbro del Presidio e firma dell'operatore)

**PARERE COMITATO MMG/PDF ex AUSL \_\_\_\_\_** FAVOREVOLE NEGATIVO RICHIESTA DI ACCERTAMENTI

MOTIVAZIONI: \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**ESITO EVENTUALI ACCERTAMENTI DISPOSTI SU RICHIESTA DEL COMITATO D'AZIENDA**

data \_\_\_\_\_

(timbro del Presidio e firma dell'operatore)

**PARERE COMITATO MMG/PDF EX AUSL \_\_\_\_\_ a seguito di riesame** FAVOREVOLE NEGATIVO

MOTIVAZIONI: \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_