



Azienda Usl Toscana nord ovest
via Cocchi, 7 56121 – Pisa
pec: direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

DEROGA TERRITORIO

Presìdio di

DOMANDA DI SCELTA DEL MEDICO DI FAMIGLIA IN DEROGA TERRITORIALE
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO

TENUTO CONTO

della disponibilità del medico, come dalla seguente dichiarazione dallo stesso sottoscritta o allegato:
Io sottoscritt^o Dr. _____ dichiaro di accettare le scelte espresse con la presente domanda, che mi verranno attribuite con decorrenza dalla data di presentazione alla AUSL Toscana Nordovest 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 NORDOVEST

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. _____ codice regionale _____, iscritti negli elenchi del comune di _____ AUSL.

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

□ prosecuzione del rapporto fiduciario-continuità assistenziale: già fatto 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: _____
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 Nordovest 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 dell'Azienda USL di iscrizione del medico **previa revoca del medico eventualmente scelto presso la ex AUSL di residenza.**

Data, _____

(firma del richiedente e dei familiari maggiorenni)

RISERVATO ALL'UFFICIO ASL TOSCANA NORDOVEST
AMBITO TERRITORIALE EX ASL 5 DI
DISTRETTO DI

RIF.TO DOMANDA	Ambito di Iscrizione del Medico	Operatore che riceve la domanda	Data invio domanda al Referente aziendale
.....

SPAZIO RISERVATO AL COMITATO AZIENDALE

- Domanda accolta
 Domanda respinta Motivazione.....
 Richiesta accertamenti

Data
.....

IL PRESIDENTE DEL COMITATO AZIENDALE

SPAZIO RISERVATO AL PARERE DEL COMITATO AZIENDALE IN SEDE DI RIESAME

- Domanda accolta
 Domanda respinta Motivazione.....
 Richiesta accertamenti

Data
.....

IL PRESIDENTE DEL COMITATO AZIENDALE

SPAZIO RISERVATO ALLE COMUNICAZIONI AD ALTRA ASL DI RESIDENZA

Documento trasmesso, per conoscenza all'ex ASL di residenza il
A mezzo
Data

.....
Il Responsabile del Procedimento