

Il sottoscritto _____ nato il _____
residente nel Comune di _____
in via _____ n° _____, tel. _____
iscritto a cod. U.L.S.S. con tessera sanitaria n° _____

chiede di essere autorizzato, a norma di quanto previsto dall'art. 40, comma 10, dell'ACN per la medicina generale (Intesa Stato/Regioni n. 93/CSR del 29.07.2009), a scegliere quale medico di fiducia per sé e per i seguenti familiari:

_____ nato il _____ tess. sanit. n° _____

_____ nato il _____ tess. sanit. n° _____

il Dott. _____ con ambulatorio nel Comune di _____
_____ appartenente a diverso ambito territoriale.

La presente richiesta è motivata:

1. dalla circostanza che nel proprio Comune di residenza opera attualmente un solo medico di medicina generale e che quindi al sottoscritto non è assicurata di fatto la possibilità di scelta;
2. dal fatto che l'ambulatorio più vicino di un medico iscritto nell'ambito territoriale subdistrettuale di residenza dista circa Km. _____ dalla propria abitazione, mentre l'ambulatorio del Dott. _____ dista soltanto Km. _____;
3. dal fatto che gli ambulatori dei medici iscritti nell'elenco dell'ambito territoriale subdistrettuale di residenza non sono facilmente raggiungibili dall'abitazione del sottoscritto in quanto _____, mentre l'ambulatorio del Dott. _____ si raggiunge più facilmente perchè _____;
4. dal fatto che alla normale erogazione dell'assistenza da parte dei medici iscritti nell'elenco dell'ambito territoriale subdistrettuale di residenza si frappongono gravi ed obiettive circostanze rappresentate da:

_____.
5. dalla richiesta di prosecuzione del rapporto fiduciario con il medico precedentemente scelto (valido se limitato ad ULSS limitrofe: 14,16,18, 21, 9, 6 e 20 solo per i Comuni di Pressana e Roveredo di Guà).

_____, li _____, _____
luogo data firma

Informativa dell'Azienda ULSS n. 17 ai sensi dell'art. 13 del Dlgs n. 196/2003: i dati sopra riportati verranno utilizzati esclusivamente ai fini del procedimento per il quale sono richiesti.

Consenso (art. 23 Dlgs n. 196/2003): preso atto dell'informativa esprimo il mio consenso al trattamento dei dati di cui sopra, anche sensibili, ai soli fini del procedimento per il quale sono stati richiesti e verranno utilizzati.

_____, li _____, _____
luogo data firma

IL SOTTOSCRITTO DOTT. _____ DICHIARA LA
PROPRIA DISPONIBILITA' AD ACCETTARE LA SCELTA CHE, SUBORDINATAMENTE A
QUANTO IN MERITO VERRA' DECISO DAL COMITATO AZIENDALE DELL'U.L.S.S. n°
17, IL SIG. _____ INTENDE EFFETTUARE PER SE' E
PER I PROPRI FAMILIARI.

luogo e data

timbro e firma del medico

COMITATO AZIENDALE DELL'U.L.S.S. n° 17

QUESTO COMITATO NELLA SEDUTA DEL _____
VISTO L'ART. 40 DELL'A.C.N. PER LA MEDICINA GENERALE, ESAMINATI I MOTIVI
ADOTTI NELLA
PRESENTE DOMANDA,

ESPRIME IL PARERE DI

ACCOGLIERE

_____ LA RICHIESTA AVANZATA DAL SIG. _____

NON ACCOGLIERE

li _____

IL SEGRETARIO

IL PRESIDENTE