

**AL DISTRETTO**
**RICHIESTA PER L'ASSEGNAZIONE DI UN MEDICO DI MEDICINA  
 GENERALE AL DI FUORI DELL'AMBITO TERRITORIALE DI RESIDENZA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_  
 in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 domiciliato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_  
 in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 tel./cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tessera Sanitaria n. \_\_\_\_\_

Attualmente assistito dal/dalla dott./dott.ssa \_\_\_\_\_  
 operante nel Distretto \_\_\_\_\_

**PER I SEGUENTI MOTIVI**

- a. per prosecuzione del rapporto fiduciario (possibile solo se la richiesta viene effettuata prima del cambio di residenza; qualora effettuata successivamente, possibile solo se il medico non ha raggiunto il numero massimo di scelte)
- b. scelta obbligata (se tutti i medici dell'ambito territoriale di residenza hanno raggiunto il numero massimo di scelte)
- c. vicinanza (solo per residenti in ambito territoriale limitrofo): specificare la distanza in km della propria residenza dallo studio dell'attuale medico \_\_\_\_\_ e da quello del nuovo medico richiesto \_\_\_\_\_;
- d. migliore viabilità (solo per residenti in ambito territoriale limitrofo): specificare le condizioni di disagio relative a viabilità, parcheggio auto, etc. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- e. per gravi e obiettive circostanze, che ostacolano la normale erogazione dell'assistenza:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- f. ricongiungimento familiare con:

COGNOME	NOME	PARENTELA	CODICE FISCALE

**CHIEDE**

l'assegnazione del nuovo Medico di Medicina Generale dott./dott.ssa \_\_\_\_\_  
operante nel Distretto \_\_\_\_\_

- per se stesso
- per il coniuge/convivente (previa delega)
- per il/la figlio/a minore \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_.(\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tessera Sanitaria n. \_\_\_\_\_  
già assistito dal/dalla dott./dott.ssa \_\_\_\_\_;
- per il/la figlio/a minore \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_.(\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tessera Sanitaria n. \_\_\_\_\_  
già assistito dal/dalla dott./dott.ssa \_\_\_\_\_;
- per il/la figlio/a minore \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_.(\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tessera Sanitaria n. \_\_\_\_\_  
già assistito dal/dalla dott./dott.ssa \_\_\_\_\_;

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_

**Dichiarazione del consenso al trattamento dati ex art. 23 del D.Lgs.196/03**

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 della D.Lgs. 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7 del Codice.

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_

**La domanda deve essere accompagnata dall'accettazione del Medico nello spazio sottostante:**

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ operante nel  
Distretto \_\_\_\_\_, non essendo massimalista, dichiara di accettare quale nuovo assistito  
il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_, consapevole degli  
eventuali maggiori oneri derivanti da tale scelta.

Luogo, data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico  
\_\_\_\_\_

***La domanda va consegnata o indirizzata al Distretto di appartenenza dell'assistito o, se l'assistito è residente fuori dell'ULSS 2, al Distretto di appartenenza del medico. L'interessato riceverà la risposta all'indirizzo di posta elettronica comunicato o all'indirizzo del domicilio. Con la risposta dovrà presentarsi al proprio Distretto di appartenenza (o al Distretto di appartenenza del medico se residente fuori ULSS 2) per l'assegnazione del medico.***

**Parte riservata all'Ufficio Amministrativo della sede distrettuale di \_\_\_\_\_**

**Si allega stampa contatori del medico.**

**Parte riservata al Comitato aziendale per la Medicina Generale**

- parere favorevole  parere non favorevole