

RICHIESTA PER L'ASSEGNAZIONE DI UN MEDICO PEDIATRA DI LIBERA SCELTA 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. _____

PER I SEGUENTI MOTIVI

- scelta obbligata (se tutti i medici dell'ambito territoriale di residenza hanno raggiunto il numero massimo di scelte) _____

- 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 _____
- migliore viabilità (solo per residenti in ambito territoriale) : specificare le condizioni di disagio relative a viabilità, parcheggio auto, ecc...) _____

CHIEDE

l'assegnazione del nuovo Pediatra di Libera Scelta dott./dott.ssa _____
 operante nel Distretto _____

- 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 Pediatra 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 _____

- essendo massimalista dichiara di accettare quale nuovo assistito il/la sig./sig.ra _____ e di ricusare l'assistito tredicenne con tessera sanitaria n. _____ 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 Pediatra. 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 Pediatra se residente fuori ULSS 2) per l'assegnazione del Pediatra.

Parte riservata all'Ufficio Amministrativo della sede distrettuale di _____

Si allega stampa contatori del Pediatra.

Parte riservata al Comitato aziendale per la Pediatria di Libera Scelta

- parere favorevole parere non favorevole