

Al Presidente del Comitato Aziendale
per la Medicina Generale / Pediatrica
per il tramite del Direttore Distretto S S N _____
(indirizzare al Distretto di domicilio)

OGGETTO: Domanda di iscrizione in deroga al Medico di Medicina Generale/ al Pediatra di libera Scelta

II/ La sottoscritto/a _____

C. F. _____ Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Domiciliato a _____ Via _____

CHIEDE

Per sé e/o per i propri figli minori _____

L'iscrizione in deroga al Dr. _____

Per i seguenti motivi:

- Comprovati e gravi motivi di salute (attestati da certificazione sanitaria rilasciata da Struttura Pubblica)
- Assistito/a anziano/a domiciliato presso i figli : _____

(indicare i dati anagrafici e il domicilio)

- Figli minorenni di medico convenzionato (dopo il compimento del 6° anno di età)
- Situazioni previste dal DPR 270/00 art.26,c.4 e DPR 272/00 art. 24,c. 9

Vedi Nota: _____

Il sottoscritto consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, di cui all'art. 16 Legge 15/68 e successive modificazioni, attesta che quanto innanzi dichiarato corrisponde a verità.

Data _____

Firma _____

Si allegano :

- Dichiarazione di disponibilità del medico di scelta (purchè nei limiti del massimale attribuito al medico)
- Certificazione Sanitaria

Nota

Indicare e motivare la condizione prevista dalla normativa vigente tra:

- 1) - qualora la scelta sia o diventi obbligata
- 2) - quando per ragioni di viabilità la residenza dell'assistito graviti su un ambito limitrofo (Isola Amministrativa)
- 3) - tutte le volte che gravi ed obiettive circostanze ostacolano la normale erogazione dell'assistenza

PARERE FAVOREVOLE _____

PARERE FAVOREVOLE _____