

**DOMANDA DI SCELTA DEL MEDICO DI FAMIGLIA IN DEROGA TERRITORIALE**

**CITTADINI NON RESIDENTI/DOMICILIATI IN UNO DEI COMUNI DELL'ASL TOSCANA NORD OVEST (Prov. LU, MS, PI, LI)**  
(barrare la casella secondo il medico che si intende scegliere)

○ MEDICO MEDICINA GENERALE

## OPERATORE DI FAMIGLIA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO Resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

## TENUTO CONTO

**della disponibilità del medico**, come dalla seguente dichiarazione dallo stesso sottoscritta o allegato:  
Io sottoscritto 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

Ai sensi dell'art. 39, comma 2 e 5 ACN MMG o art. 37, comma 2 e 3 ACN PLS l'assegnazione del dott. \_\_\_\_\_

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 per iscrizione presso la ex AUSL

**Q**vicinanza e 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:

Q gravi ed obiettive circostanze che ostacolano la normal-

già medico del familiare e convivente Sig./Ta \_\_\_\_\_

### - 2. Nitro motive:

## ALLEGÓ :

**attestato di avvenuta revoca del MMG/PLS effettuata presso l'azienda sanitaria di residenza ( solo per i residenti fuori regione Toscana, e solo fino a quando non sarà definitivamente operativa l'Anagrafe Nazionale Assistiti (ANA), unica ed interoperabile)**

Sono consapevole che, la scelta sarà temporanea in quanto sottoposta al parere del Comitato d'Azienda, che verrà assunto entro il termine di 90 giorni dalla data di presentazione di questa domanda presso gli uffici di scelta/revoca del medico dell'Azienda USL di iscrizione del medico. L'eventuale parere negativo sarà comunicato tramite raccomandata o pec.

**Sono 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** infine che i dati forniti direttamente dall'utente sono tutelati dal D. Lgs. 196/2003 così come modificato dal D. Lgs. 101/2018. e dal Regolamento UE 2016/679. Saranno utilizzati, oltre che in formato cartaceo 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 Nord Ovest 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 .

Data, \_\_\_\_\_  
(firma del richiedente e dei familiari maggiorenni)

Nel caso che la richiesta riguardi il pediatra di famiglia \_\_\_\_\_  
(firma dell'altro genitore)

In caso di firma di un solo genitore, quest'ultimo, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di effettuare la scelta di comune accordo con l'altro genitore in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale ovvero in conformità a disposizione di legge o a provvedimenti dell'autorità giudiziaria ( artt. 316, 337 ter, 337 quater del codice civile)\*

*\* Ai sensi della normativa vigente, la scelta del pediatra è effettuata, nell'esercizio della responsabilità genitoriale, congiuntamente da entrambi i genitori salvo che ricorrano le seguenti fattispecie: unico genitore che ha riconosciuto il minore; impedimento o lontananza di uno dei genitori che renda impossibile l'esercizio della responsabilità genitoriale; affidamento superesclusivo ad uno dei genitori*

Domanda accolta      Motivazione \_\_\_\_\_

Domanda respinta

Richiesta accertamenti \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il presidente del CC \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO AL PARERE DEL COMITATO AZIENDALE IN SEDE DI RIESAME**

Domanda accolta      Motivazione \_\_\_\_\_

Domanda respinta

Richiesta accertamenti \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il presidente del CC \_\_\_\_\_