

**DOMANDA DI SCELTA IN DEROGA MMG/PLS**

Ai sensi e per gli effetti dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale e dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Famiglia

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a il _____,
a _____, Codice fiscale _____,
residente nel Comune di _____
(Provincia ____) Via _____ n. _____, Tel. _____
Cell. _____ email _____

CHIEDE

- per se stesso
- per i familiari sotto indicati:

_____ nato/a il _____ cod. fiscale _____
_____ nato/a il _____ cod. fiscale _____
_____ nato/a il _____ cod. fiscale _____

L'iscrizione, in deroga, tra gli assistiti del/della Dr./Dr.ssa _____, che svolge la propria attività di medico convenzionato nel Comune di _____, per i seguenti motivi (barrare le voci che interessano):

- prosecuzione del rapporto fiduciario (particolare attenzione alla continuità di cura per patologia cronica documentata e/o invalidità civile
- ricongiungimento familiare

Allega dichiarazione di accettazione sottoscritta dal MMG/PLS scelto in deroga

Ai sensi del regolamento (UE) 2016/679 (protezione delle persone fisiche con riguardo ai dati personali, nonché alla libera circolazione dei dati) e del D.Lgs. 101/2018, le informazioni contenute nella presente comunicazione, sono riservate e ad uso esclusivo del destinatario. La diffusione, distribuzione e/o copiatura del presente documento ed eventuali allegati da parte di qualsiasi soggetto diverso dai destinatari è proibita; tale divieto di diffusione è sanzionato dal Regolamento UE 2016/279 e dal D. Lgs. 101/2018.

Firma _____

Responsabile della protezione dati RPD-DPO: dott. Sergio Lizio - mail rpd-dpo@asst-nordmilano.it

IL DICHIARANTE

Luogo e data _____

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Data di ricezione della domanda _____

- accolta
- non accolta (motivo: _____)

Data _____ Firma _____

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ DEL MEDICO

(ART. 26 dpr 270/2000 – ART. 24 dpr 272/2000)

(da allegare per la scelta di Medico iscritto in elenco diverso da quello dell'ambito territoriale dell'assistito)

Spettabile
ASST

Il/La sottoscritto/a, Dr. Dr.ssa _____,
Codice regionale _____, che svolge la propria attività di medico convenzionato
con il Servizio Sanitario Nazionale nell'ambito del Comune di _____,
Cap _____, Via _____ n. _____, Tel. _____

DICHIARA

di essere disponibile ad accogliere tra i propri assistiti le persone di seguito riportate e pertanto si impegna a garantire loro tutte le prestazioni professionali previste dai vigenti accordi, comprese le visite domiciliari, qualora necessarie:

1) _____ nato/a il _____

2) _____ nato/a il _____

3) _____ nato/a il _____

In fede

Data

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
