

**DOMANDA DI SCELTA DEL MEDICO MEDICINA GENERALE E PEDIATRA DI LIBERA SCELTA
IN DEROGA ALL'AMBITO TERRITORIALE DI RESIDENZA DELLA ASL ROMA 3**

(compilare tutti i campi in maniera completa e a stampatello; barrare con una "X" le caselle interessate)

Il/La sottoscritto/a _____, ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del DPR 28.12.2000, n. 445, in caso di dichiarazioni non veritiere:

- a) di essere nato a _____ (PR. _____) il _____
- b) di risiedere a _____ (PR. _____) in Via _____ n. _____ CAP _____
Distretto Sanitario Municipio _____ ASL _____
- c) di essere domiciliato _____ (PR. _____) in Via _____ n. _____ CAP _____
- d) di essere attualmente iscritto negli elenchi del Medico di Assistenza Primaria Dott./Dott.ssa _____
con ambulatorio a _____ (PR. _____) in Via _____ n. _____ CAP _____
Distretto Sanitario Municipio _____ ASL _____
- e) che il proprio codice fiscale è:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- g) che il proprio recapito telefonico è: _____ e-mail _____

CHIEDE

di essere autorizzato/a, in deroga all'ambito territoriale della propria residenza/domicilio nella ASL Roma 3, a

☐ scegliere ☐ mantenere ☐ per se ☐ per i propri familiari sotto indicati (§) anagraficamente conviventi te conviventi

quale medico di fiducia, il Medico di Assistenza Primaria Dott./Dott.ssa _____

con ambulatorio a _____ (PR. _____) in Via _____ n. _____ CAP _____

Cognome Nome	Data Nascita	Codice fiscale	N. Tessera Sanitaria	Grado di parentela

Tale richiesta viene avanzata per il seguente motivo previsto dalla normativa vigente (art. 40, c. 10, ACN 23.3.05 e s.m.i.):

- ☐ prosecuzione del rapporto fiduciario;
- ☐ non è possibile scegliere altro medico nell'ambito territoriale di residenza per i motivi più sotto specificati(*):
- ☐ la residenza del sottoscritto gravita su un ambito territoriale limitrofo rispetto all'ubicazione dell'ambulatorio del medico prescelto che, per ragioni di vicinanza o di migliore viabilità, risulta più facilmente raggiungibile: km. _____ dalla propria residenza a quelli dell'ambulatorio del medico richiesto; km. _____ rispetto all'ambulatorio più vicino di altro medico (indicare il nominativo _____) del proprio ambito territoriale; ovvero, si specificano più sotto (*) le condizioni di migliore viabilità;
- ☐ la normale erogazione dell'assistenza da parte del medico o dei medici iscritti nell'ambito territoriale di residenza risulta ostacolata per le gravi ed obiettive circostanze più sotto specificate (*);

(*) motivare dettagliatamente (in assenza/carenza di motivazione la richiesta sarà respinta): _____

Data _____

Firma

PARERE DEL COMITATO AZIENDALE MMG/PLS

Il Comitato Aziendale nella seduta del _____ in merito alla domanda prot. n. _____ del _____

presentata dal/dalla Sig./Sig.ra _____

esprime parere:

- ☐ FAVOREVOLE;
- ☐ NON DI COMPETENZA territoriale: la domanda va indirizzata all'ASL _____;
- ☐ NON DI COMPETENZA: sussistono i requisiti di cui all'art. 40, comma 12, dell'A.C.N. del 23.03.2005 e s.m.i. (scelta temporanea per i cittadini non residenti) – la scelta va effettuata direttamente presso gli uffici del distretto di domicilio;
- ☐ NON DI COMPETENZA: sussistono i requisiti di cui all'art. 40, comma 7, dell'A.C.N. del 23.03.2005 e s.m.i. (ricongiungimento familiare) – la scelta va effettuata direttamente presso gli uffici del distretto di residenza;
- ☐ NON FAVOREVOLE per incompletezza dei dati / assenza e/o carenza di motivazione;
- ☐ NON FAVOREVOLE: non sussistono i requisiti di cui all'art. 40, comma 10, dell'A.C.N. del 23.03.2005 e s.m.i.;
- ☐ NON FAVOREVOLE per i seguenti motivi:

Il Presidente Comitato Aziendale MMG

MS/mod scelta in deroga MMG/PLS