

DOMANDA DI SCELTA DEL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA IN DEROGA AL MASSIMALE INDIVIDUALE

(voce: "iscrizione temporanea in deroga al massimale art. 39 comma 3")

DISTRETTO SANITARIO XI MUNICIPIO **ESCLUSIVAMENTE PER I MEDICI DELLA ZONA TRULLO E CON CAP 00148**

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

Io sottoscritto/a _____
(Cognome) (Nome)

nato a _____ il ____/____/____

Codice Fiscale _____ Residente nel Comune di _____

Via/piazza _____ n° _____ CAP _____

(parte che deve essere compilata dall'assistito)

TENUTO CONTO

della disponibilità del medico, come dalla seguente dichiarazione dallo stesso sottoscritta:

Io sottoscritt_ Dr. _____ Medico di Assistenza Primaria nel Distretto Sanitario XI Municipio, dichiaro di accettare le scelte espresse con la presente domanda, che mi verranno attribuite con decorrenza dalla data di presentazione della domanda alla Asl ROMA 3, per 12 mesi.

Data _____

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

(parte che deve essere compilata dal medico)

CHIEDO ALLA ASL ROMA 3

per me e/o per i familiari conviventi sottoindicati:

NOME	COGOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	GRADO DI PARENTELA

che confermano la scelta rilasciando apposita delega e allegando copia del documento di identità, di essere iscritto con il Dott. _____

Sono consapevole che i dati forniti direttamente dall'utente sono tutelati dal Decreto Legislativo 196/2003 e pertanto saranno utilizzati, 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 la ASL Roma 3 ad utilizzare i dati da me forniti con la presente domanda per la gestione degli elenchi degli iscritti al S.S.R.

Data _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE