**RICHIESTA DI SCELTA IN DEROGA PER MINORI**

Il/la sottoscritto/a:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (COGNOME E NOME) nato/a il \_\_

residente a in via n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale Telefono e-mail \_\_

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (COGNOME E NOME) nato/a il \_\_

residente a in via n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale Telefono e-mail \_\_

**IN QUALITA’ DI GENITORE/I**

ai sensi e per gli effetti dell’Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Libera Scelta

C H I E D E / C H I E D O N O

per il/i proprio/a/i figlio/a/i di seguito elencati:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome e nome | Data di nascita | Cod. fiscale | Attuale Pediatria |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

l’autorizzazione ad avvalersi dell’opera professionale del Dr./Dr.ssa che svolge la propria attività di medico convenzionato nel Comune di per i seguenti motivi: (barrare le caselle che interessano):

* Prosecuzione di rapporto fiduciario preesistente (a seguito del trasferimento di residenza in Comune fuori dal territorio dell’ATS INSUBRIA);
* Prosecuzione di rapporto fiduciario preesistente a seguito del trasferimento di residenza nell’ambito territoriale dell’ATS INSUBRIA;
* Presenza di una patologia di particolare competenza specialistica in possesso del Pediatra scelto;
* Presenza di gravi e obiettive circostanze che ostacolano il normale rapporto di fiducia nell’ambito ove tutti gli altri medici sono massimalisti;
* Ospite di comunità dove il pediatra scelto è il pediatra di riferimento;
* Minore di 14 anni compiuti con richiesta di mantenimento del pediatra fino a 16 anni.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma Genitore 1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma Genitore 2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Da compilare in caso di impossibilità di firma di entrambi i genitori.***

Il genitore firmatario dichiara di esercitare la responsabilità genitoriale:

* Congiuntamente all’altro genitore e che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile(1), l'altro genitore non può firmare il consenso e **condivide** la mia decisione.
* Come genitore unico (es. vedovo/a) o unico esercente della potestà genitoriale.

**PARTE RISERVATA AL PEDIATRA SCELTO**

La/Il sottoscritta/o cod. reg. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ACCETTA DI ASSISTERE**

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nel caso di accettazione di assistito fuori ambito, indicare la motivazione:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA A TAL FINE

di essere disponibile ad effettuare eventuali visite domiciliari presso la residenza/domicilio dell’assistito/a anche se differente dal proprio ambito di inserimento.

In fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Timbro e firma del medico)

**PARTE RISERVATA ALL’UFFICIO SCELTA E REVOCA**

Il pediatra prescelto presenta massimale pari a \_\_\_\_ n. assistiti carico totale

n. assistiti carico virtuale \_\_\_\_\_ di cui in deroga \_\_\_\_

* La richiesta **rientra** nei criteri per la deroga d’ufficio, si procede pertanto all’assegnazione del medico richiesto.
* La richiesta **non rientra** nei criteri per la deroga d’ufficio, si procede pertanto all’inoltro della pratica al Dirigente incaricato della ASST.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ L’operatore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PARTE RISERVATA AL DIRIGENTE DI ASST**

Valutato quanto sopra, si esprime:

* PARERE FAVOREVOLE
* PARERE SFAVOREVOLE per le seguenti motivazioni:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il Dirigente incaricato

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_