

		
	Richiesta di scelta in deroga	All. 7

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
(cognome e nome)

a _____ residente a _____

in via _____ n° _____ Tel. _____

Indirizzo mail _____ codice fiscale _____

attuale medico curante _____
(ai sensi e per gli effetti dell'Accordo Collettivo Nazionale per Assistenza Primaria)

C H I E D E

- per se stesso
- per se stesso ed i familiari qui di seguito elencati (per i minori utilizzare All. 8)
- per i familiari qui di seguito elencati (per i minori utilizzare All. 8)

Cognome e nome (rapporto parentela)	Data di nascita	Cod. fiscale	Attuale Medico

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 Medico 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 medico scelto è il medico di riferimento.

Data, _____

Firma _____

Firma su delega del/dei familiare/i (sopraindicato/i)
