
 Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Lariana		
	Richiesta di scelta in deroga	Mod. 01 Rev. 0 del 17/05/2023

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)

CHIEDE

- per se stesso
- per se stesso ed i familiari qui di seguito elencati (per i minori utilizzare All. 2)
- per i familiari qui di seguito elencati (per i minori utilizzare All. 2)

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):

1. Prosecuzione di rapporto fiduciario preesistente (a seguito del trasferimento di residenza in Comune fuori dal territorio dell'ATS INSUBRIA);
2. Prosecuzione di rapporto fiduciario preesistente a seguito del trasferimento di residenza nell'ambito territoriale dell'ATS INSUBRIA;
3. Presenza di una patologia di particolare competenza specialistica in possesso del Medico scelto;
4. Presenza di gravi e obiettive circostanze che ostacolano il normale rapporto di fiducia nell'ambito ove tutti gli altri medici sono massimalisti;
5. Ospite di comunità dove il medico scelto è il medico di riferimento.

Data, _____ Firma _____

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

PARTE RISERVATA AL MEDICO 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 medico 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.

L'operatore

Data _____

PARTE RISERVATA AL DIRIGENTE DI ASST

Valutato quanto sopra, si esprime:

- PARERE FAVOREVOLE
- PARERE SFAVOREVOLE per le seguenti motivazioni:

Il Dirigente incaricato

Data _____

PARERE DELL'ATS DI RESIDENZA DELL'ASSISTITO

Valutato quanto sopra, si esprime:

- PARERE FAVOREVOLE
- PARERE SFAVOREVOLE per le seguenti motivazioni:

Il Dirigente incaricato

Data _____