

		
	<b>Richiesta di scelta in deroga</b>	Mod. 01 Rev. 01 del 09/10/2023

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):

- 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)  
\_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_