

		
	Richiesta di scelta in deroga	All. 7

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

residente a _____ in via _____ n° _____

Telefono n° _____ 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. 3)
- per i familiari qui di seguito elencati (per i minori utilizzare All. 3)

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

l'autorizzazione ad avvalersi dell'opera professionale del Dr. _____ 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 _____

