

 Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Lariana		
	Richiesta di scelta in deroga per minori	Mod. 02 Rev. 0 del 17/05/2023

Il/la sottoscritto/a:

1) _____ nato/a _____ il _____
 (cognome e nome)

residente a _____ in via _____ n° _____

codice fiscale _____ telefono _____ e-mail _____

2) _____ nato/a _____ il _____
 (cognome e nome)

residente a _____ in via _____ n° _____

codice fiscale _____ telefono _____ e-mail _____

IN QUALITA' DI GENITORE

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

CHIEDE

per il 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):

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 Pediatra 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 pediatra scelto è il pediatra di riferimento;
6. Minore di 14 anni compiuti con richiesta di mantenimento del pediatra fino a 16 anni - solo in caso di patologia cronica, disabilità, anomalia dello sviluppo puberale - allegare certificazione del pediatra.

Data, _____ Firma Genitore 1) _____

Firma Genitore 2) _____

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.

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 _____