

DOMANDA DI SCELTA IN DEROGA MMG – PDF

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 38 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale e dell'art. 36 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Famiglia

Il/La sottoscritto/a _____
 nato/a a _____ il _____
 codice fiscale _____
 residente nel Comune di _____ Cap _____
 Via _____ n. _____
 Tel. _____
 email _____
 Codice attuale medico curante dr./dr.ssa _____
 codice regionale _____

CHIEDE

- per se stesso
- per i familiari sotto indicati:

cognome e nome _____ nato/a a _____
 il _____ codice fiscale _____
 cognome e nome _____ nato/a a _____
 il _____ codice fiscale _____
 cognome e nome _____ nato/a a _____
 il _____ codice fiscale _____

Di essere iscritto, in deroga, tra gli assistiti del Dr. _____ che svolge la propria attività di medico convenzionato nel comune di _____

per i seguenti motivi: (barrare la voce che interessa)

- Continuità di cura per patologia cronica documentata e/o invalidità civile
- ricongiungimento familiare con sig./sig.ra _____
 data e luogo di nascita _____
 grado di parentela: _____

ALLEGA Dichiarazione di Disponibilità del MMG – Pdf, scelto in deroga

PRIVACY

Dichiara altresì di aver preso visione delle informazioni di cui agli artt. 13 e 14 del REG. UE 679/2016, ed esprime il consenso al trattamento dei dati.

Data _____

Firma _____

PARTE RISERVATA ALL'ASST RHODENSE

ASST RHODENSE:
 MASSIMALE MMG/PDF/...../.....
 (MASSIMALE/VIRTUALE/TOTALE)

RISERVATO AL DISTRETTO **GARBAGNATESE** **RHODENSE** **CORSICHESE**
a seguito delle verifiche effettuate, si **ESPRIME**

- PARERE FAVOREVOLE**
 PARERE SFAVOREVOLE, per le seguenti motivazioni:

Data _____

L'Operatore di scelta e revoca

Il Direttore del Distretto

(firma)_____
(firma)**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' DEL MEDICO**

(ART. 26 dpr 270/2000 – ART. 24 dpr 272/2000)

(da allegare per la scelta di Medico iscritto in elenco diverso da quello dell'ambito territoriale dell'assistito)

Spettabile
ASST RHODENSE

Il/La sottoscritto/a Dr. /Dr.ssa _____

 Codice regionale _____ che svolge la propria attività di Medico Convenzionato con il
 Servizio Sanitario Nazionale nell'ambito del Comune di _____ Cap

_____ Via _____ n. _____ Tel. _____

DICHIARA

di essere disponibile ad accogliere tra i propri assistiti le persone di seguito riportate e pertanto si impegna a garantire loro tutte le prestazioni professionali previste dai vigenti accordi, comprese le **visite domiciliari**, qualora necessarie:

1) _____

2) _____

3) _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
