

DOMANDA DI SCELTA IN DEROGA PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (PLS)

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

Il/la sottoscritto/a _____ Cod. fiscale _____
 Nato/a a _____ (prov. _____) il _____
 residente a _____ (prov. _____) cap _____
 in via _____
 Tel. _____ email _____

in qualità di:

- ☐ **genitore** esercente la responsabilità genitoriale, nella seguente situazione (barrare una delle caselle sotto elencate):
- ☐ responsabilità genitoriale congiunta con l'altro genitore, che è a conoscenza della presente istanza e dichiara l'insussistenza di impedimenti alla presentazione della stessa;
 - ☐ in via esclusiva;
- ☐ **tutore** (indicare gli estremi del provvedimento di nomina alla tutela.....
)

DEL/DEI MINORE/I

➤ Cognome e nome _____ nato/a a _____
 il _____ Cod. fiscale _____ residente a _____
 _____ (prov. _____) cap _____ in via _____

➤ Cognome e nome _____ nato/a a _____
 il _____ Cod. fiscale _____ residente a _____
 _____ (prov. _____) cap _____ in via _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000

CHIEDE

che il/i minore/i sopra indicato/i sia/siano iscritto/i in deroga tra gli assistiti del/della Dott./Dott.ssa _____ che svolge la propria attività di medico convenzionato nel Comune di _____, nell'ambito dell'ASST Rhodense, per la seguente motivazione: (barrare la voce che interessa)

- ☐ 1° iscrizione per assistito/i non residente/i né domiciliato/i in ASST Rhodense, nel rispetto del massimale del Pediatra di Libera Scelta;
- ☐ Mantenimento del PLS a seguito di trasferimento dell'assistito/i fuori ASST Rhodense;
- ☐ Ricongiungimento familiare con (cognome e nome) _____
 data e luogo di nascita _____
 grado di parentela: _____

ALLEGA:

- ☐ Dichiarazione di Disponibilità del PLS 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.

Luogo e Data _____

Firma _____

PARTE RISERVATA ALL'ASST RHODENSE

ASST RHODENSE:

MASSIMALE PLS/.....
(MASSIMALE/ 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

LUOGO e DATA _____