

Dipartimento Cure Primarie

**Scelta del medico di medicina generale/pediatra di libera scelta  
al di fuori del territorio sanitario di residenza con richiesta di deroga**

Io sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CF. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono (*preferibilmente cellulare*) \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ n. tessera sanitaria cartacea \_\_\_\_\_

**CHIEDO**

di scegliere il medico di medicina generale/pediatra di libera scelta (*nome e cognome*) \_\_\_\_\_

con ambulatorio nel comune di \_\_\_\_\_

per me stesso

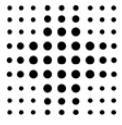
per i familiari conviventi, iscritti nello stato di famiglia.

Cognome e Nome	Codice fiscale	Data di nascita	Comune o Stato estero di nascita

Allego copia di un documento di riconoscimento valido \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_

*(carta d'identità, passaporto, patente)*



Dipartimento Cure Primarie

**Allego la DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE DEL MEDICO RICHIESTO.**

**IN DEROGA alle norme che regolano l'ambito territoriale di scelta** (si chiede di specificare il motivo)

- già con medico dal \_\_\_\_\_ per la prosecuzione del rapporto fiduciario – continuità assistenziale \_\_\_\_\_
- l'ambulatorio del medico è più vicino o meglio raggiungibile dal luogo di nuova residenza  
\_\_\_\_\_
- è necessario per la situazione lavorativa o familiare del nucleo familiare  
\_\_\_\_\_

---

**SONO CONSAPEVOLE CHE**

Le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla Legge.

Dichiaro di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13, Regolamento UE 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

L'informativa completa sul trattamento dei dati personali è rinvenibile sul sito aziendale

<https://www.ausl.re.it/privacy>

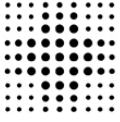
Data \_\_\_\_\_

Firma (leggibile) \_\_\_\_\_

**DA LEGGERE CON ATTENZIONE**

Per chiedere medico di medicina generale/pediatra di libera scelta al di fuori del territorio sanitario di residenza nell'AUSL di Reggio Emilia - distretto di Guastalla **con richiesta di deroga** si può presentare la richiesta:

- per posta all'indirizzo Ufficio SAUB distrettuale - Via Donatori di sangue, 1 – 42016 Guastalla
- per posta elettronica a [guastallasportellounico@ausl.re.it](mailto:guastallasportellounico@ausl.re.it)
- con Posta Elettronica Certificata (PEC) a [sportellounicoguastalla@pec.ausl.re.it](mailto:sportellounicoguastalla@pec.ausl.re.it)



Dipartimento Cure Primarie

### **SCELGO DI**

- ricevere la tessera sanitaria cartacea con il medico scelto all'indirizzo di posta elettronica  
(*specificare e-mail*) \_\_\_\_\_
- ricevere la tessera sanitaria cartacea con il medico scelto all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata  
(PEC) (*specificare PEC*) \_\_\_\_\_
- ricevere la tessera sanitaria cartacea con il medico scelto per posta all'indirizzo di domicilio (*indicare*)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

***Se usa il servizio di Posta/e-mail deve allegare obbligatoriamente una fotocopia di un suo documento di identità valido.***

**A causa del CORONAVIRUS e fino a nuove disposizioni NON sarà possibile presentare documentazione o ritirare la tessera sanitaria cartacea di scelta medico di persona o da persona delegata negli uffici dell'Azienda USL del distretto di residenza.**