

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

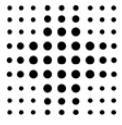
per i familiari conviventi, iscritti nello stato di famiglia.

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>

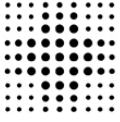
Data _____

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 **con richiesta di deroga** si può presentare la richiesta:

- per posta all'indirizzo Ufficio SAUB distrettuale - Via Barilla, 16 – 42027 Montecchio Emilia
- per posta elettronica a sportellounicomontecchio@ausl.re.it
- con Posta Elettronica Certificata (PEC) a sportellounicomontecchio@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.