



SCELTA/CAMBIO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

Io sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____ prov. _____

o nello stato estero _____ Codice Fiscale _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____

o nello stato estero _____ con cittadinanza _____

in via/piazza _____ n. _____

telefono (*cellulare*) _____ email _____

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE PER IL CASO DI DICHIARAZIONE MENDACE, COSÌ COME STABILITO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. 28/12/2000 N.445 E DELLA DECADENZA DAL BENEFICIO OTTENUTO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA.

In caso di domicilio diverso dalla residenza

Domiciliato a _____ prov. _____ CAP _____
via/piazza _____ n. _____

Per il seguente periodo dal _____ al _____ (Minimo 3 mesi - Massimo 12 mesi, rinnovabile)

Consapevole che il domicilio qui indicato determina l'ambito di scelta del medico, nonché l'indirizzo in cui il medico potrà erogare le prestazioni sanitarie richieste

per uno dei seguenti motivi:

Attività lavorativa (alle dipendenze e/o in proprio con regolare contribuzione nello Stato Italiano presso

_____ (denominazione ditta ed indirizzo)

Studio presso _____

Salute (ALLEGARE COPIA della certificazione sanitaria e se si assiste altra persona indicare le generalità _____)

Iscrizione al Centro per l'Impiego di _____

Ospite in Struttura di Accoglienza (Casa Protetta, Comunità di recupero, Casa Famiglia, ecc) di cui ALLEGO COPIA dichiarazione rilasciata dalla struttura

Inoltre, dichiaro per me e/o i miei familiari a carico:

di non beneficiare di assistenza sanitaria a carico di istituzioni estere; di non avere un rapporto di lavoro all'estero o un titolo di pensione all'estero che prevedono un'iscrizione obbligatoria presso una cassa malattia di uno Stato estero.

Titolare di Formulario comunitario _____

Titolare di Pensione di altro stato UE _____

Intrattenere un rapporto di lavoro all'estero _____

IMPORTANTE: In questi casi l'iscrizione in cat.42 è sempre subordinata alla presentazione dei modelli S1 (E106, E109, E120 E 121 SED 072) anche nei casi in cui la persona sia "fiscalmente a carico" di un familiare in Italia.



CHIEDO

di scegliere, come medico di Medicina Generale / Pediatra di Libera Scelta, il Dott.:

1°OPZIONE (Nome /Cognome) _____

con ambulatorio nel comune di _____

In alternativa, se non fosse disponibile il nome indicato come prima opzione:

2°OPZIONE (Nome /Cognome) _____

con ambulatorio nel comune di _____

3°OPZIONE (Nome /Cognome) _____

con ambulatorio nel comune di _____

Da compilare solo in caso di ricongiunzione familiare

Il dottor _____ (cognome e nome del Medico) è già il Medico/PLS del familiare/convivente facente parte del medesimo nucleo familiare individuato con criteri anagrafici (OVVERO stesso indirizzo) _____

CF _____

indicare riga sopra cognome e nome del familiare o del convivente e Codice fiscale

Per se e/o per i seguenti:

Cognome e Nome	Genere (M/F)	Data di nascita	Comune o Stato estero di nascita

L'istanza è presentata da _____

(Se diverso dall'intestatario della domanda di scelta medico/pediatra indicare il nome/cognome/data di nascita della persona che compila il modulo)

- diretto interessato delegato (allegare delega)
- genitore esercente la potestà genitoriale in esclusiva
- genitore esercente la potestà genitoriale (in accordo con l'altro genitore esercente la potestà genitoriale)
- tutore/amministratore di sostegno

In caso di assistito residente in altra Regione occorre allegare

- Attestato di revoca MMG/PLS rilasciato dall'AUSL di precedente iscrizione oppure
- **Tessera sanitaria cartacea** rilasciato dall'AUSL di precedente iscrizione.



SCELGO

di ricevere la tessera sanitaria cartacea con il nominativo del medico:

- all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) (specificare) _____
- all'indirizzo di posta elettronica (specificare) _____
- per Posta all'indirizzo di domicilio (specificare) _____

ALLEGRO

copia di un documento di riconoscimento valido

Tipologia: _____ n. _____

(carta d'identità, passaporto)

Rilasciato da _____

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 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 www.ausl.re.it/privacy.

DA LEGGERE CON ATTENZIONE

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare al Ufficio SAUB eventuali cambiamenti riguardanti // suo titolo assicurativo e quello dei suoi familiari a carico.

Nel caso in cui il modulo non sia inviato tramite SecureForm la richiesta si può presentare:

Reggio Emilia

- On line** all'indirizzo SAUB distrettuale: infosaubreggioemilia@pec.ausl.re.it
- Per posta** all'indirizzo Ufficio SAUB di Reggio Emilia – Via Amendola, 2 – 42122 Reggio Emilia

Castelnovo Né Monti

- On line** all'indirizzo SAUB distrettuale: sportellounicocmonti@pec.ausl.re.it
- Per posta** all'indirizzo Ufficio SAUB di Castelnovo Né Monti – Via Roma, 2 - 42035 Castelnovo ne' Monti (RE)

Scandiano

- On line** all'indirizzo SAUB distrettuale: sportellounicoscandiano@pec.ausl.re.it
- Per posta** all'indirizzo Ufficio SAUB di Scandiano – Corso A. Vallisneri, 41 – 42019 Scandiano (RE)

Montecchio Emilia

- On line** all'indirizzo SAUB distrettuale: sportellounicomontecchio@pec.ausl.re.it
- Per posta** all'indirizzo Ufficio SAUB di Montecchio Emilia - Via Barilla, 16 – 42027 Montecchio Emilia (RE)

Correggio

- On line** all'indirizzo SAUB di Correggio: sportellounicocorreggio@pec.ausl.re.it
- Per posta** all'indirizzo Ufficio SAUB distrettuale di Correggio - Via Circondaria, 26 – 42015 Correggio (RE)

Guastalla

- On line** all'indirizzo SAUB di Guastalla: sportellounicoguastalla@pec.ausl.re.it
- Per posta** all'indirizzo Ufficio SAUB distrettuale di Guastalla - Via Donatori di Sangue, 1 - 42016 Guastalla (RE)

Data _____

Firma (*leggibile*) _____