

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

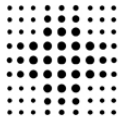
per i familiari conviventi, iscritti nello stato di famiglia.

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>

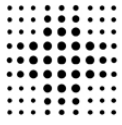
Data _____

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:

- **al Distretto di Castelnovo ne' Monti c/o SAUB piano primo – Ospedale S. Anna**
- **per posta all'indirizzo Ufficio SAUB distrettuale - Via Roma, 2 - 42035 Castelnovo ne' Monti**
- **per posta elettronica a info.SaubCMonti@ausl.re.it**
- **con Posta Elettronica Certificata (PEC) a sportellounicocmonti@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.