



Riservato al Distretto:

prot. n. \_\_\_\_\_

del \_\_\_\_\_

Mod. SDR-MAP-11/17

Al Distretto n. \_\_\_\_\_

Sede di \_\_\_\_\_

per l'inoltro

Al Comitato Aziendale MMG

Azienda ULSS 9 Scaligera

**DOMANDA DI SCELTA DEL MEDICO DI BASE IN DEROGA ALL'AMBITO TERRITORIALE DI RESIDENZA**(\*) per gli ambiti territoriali consultare il sito internet <https://www.aulss9.veneto.it>

(compilare tutti i campi in maniera completa e a stampatello; barrare con una "X" le caselle interessate)

→ la domanda va presentata al Distretto di appartenenza dell'assistito o del medico dopo l'accettazione del medico ←

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445,

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del DPR 28.12.2000, n. 445, in caso di dichiarazioni non veritiere:

- a) di essere nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_;
- b) di risiedere a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_
- c) di essere attualmente iscritto negli elenchi del Medico di Base dott./ssa \_\_\_\_\_ (ULSS n. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_);
- d) che il proprio codice fiscale è: \_\_\_\_\_;
- e) che il numero della propria tessera sanitaria è: \_\_\_\_\_;
- f) che il proprio recapito telefonico e indirizzo di posta elettronica sono: \_\_\_\_\_;

**CHIEDE**

di essere autorizzato, in deroga all'ambito territoriale della propria residenza, a:

 scegliere  mantenere per se  per i propri familiari - sotto indicati (§) - anagraficamente conviventi

quale medico di fiducia, il Medico di Base dott./ssa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ con ambulatorio presso il Comune di \_\_\_\_\_ - Distretto n.

\_\_\_\_\_ (ovvero c/o ULSS n. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_);

(§) Cognome Nome	Data Nascita	Codice fiscale	N. Tessera Sanitaria	Grado di parentela

Tale richiesta viene avanzata per il seguente motivo (vedi art. 40, c. 10, ACN 23.3.05 e s.m.i.):

- prosecuzione del rapporto fiduciario;
- non è possibile scegliere altro medico nell'ambito territoriale di residenza per i motivi più sotto specificati (\*);
- la residenza del sottoscritto gravita su un ambito territoriale limitrofo rispetto all'ubicazione dell'ambulatorio del medico prescelto che, per ragioni di vicinanza o di migliore viabilità, risulta più facilmente raggiungibile, come sotto indicato (\*);
- la normale erogazione dell'assistenza da parte del medico o dei medici iscritti nell'ambito territoriale di residenza risulta ostacolata per le gravi ed obiettive circostanze più sotto specificate (\*);
- eventuali altri motivi di seguito specificati (\*);

(\*) motivare dettagliatamente (**in assenza/carenza di motivazione la richiesta sarà respinta**): \_\_\_\_\_

Informativa privacy ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003: i dati forniti saranno trattati con modalità manuali e informatizzate per le finalità connesse alla domanda. Il conferimento dei dati è obbligatorio. Il rifiuto al conferimento degli stessi comporta l'impossibilità di valutare la domanda stessa. Al dichiarante è riconosciuto il diritto di accesso ai dati personali e agli altri diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003. Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Ulss n. 9 Scaligera, nonché l'eventuale altra Azienda Ulss coinvolta nel procedimento. I responsabili del trattamento dei dati sono, per quanto di rispettiva competenza, i Responsabili dei Servizi/Uffici preposti alla valutazione della presente domanda.

Data \_\_\_\_\_

Firma (\*\*) \_\_\_\_\_

(\*\*) firmare in presenza del funzionario addetto, ovvero allegare copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità



Mod. SDR-MAP-11/17

**2) ACCETTAZIONE DEL MEDICO DI BASE DI NUOVA SCELTA**  
(da compilarsi prima della presentazione della domanda al Distretto)

Il/La sottoscritto/a dott./ssa \_\_\_\_\_ codice regionale \_\_\_\_\_, massimale individuale \_\_\_\_\_, dichiara la propria disponibilità ad accettare tra i propri assistiti il/la richiedente e gli eventuali familiari indicati e a effettuare, conseguentemente, visite domiciliari anche al di fuori del proprio ambito territoriale.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma del medico)

**3) PARTE RISERVATA AL DISTRETTO**  
(istruttoria da compilarsi prima dell'invio della domanda al Comitato Aziendale MMG)

A) Contatori assistiti medico scelto in deroga |MI \_\_\_\_\_|S \_\_\_\_\_|CC \_\_\_\_\_|DC \_\_\_\_\_|

B) Eventuali osservazioni utili alla valutazione della richiesta: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il Direttore del Distretto n. \_\_\_\_\_  
(firma del Direttore o suo delegato)

**4) PARERE OBBLIGATORIO DEL COMITATO AZIENDALE MMG**

Il Comitato Aziendale, in merito alla presente domanda, esprime parere:

- FAVOREVOLE;
- NON FAVOREVOLE: non sussistono i requisiti di cui all'art. 40, comma 10, dell'A.C.N. del 23.03.2005 e s.m.i.;
- NON DI COMPETENZA territoriale: la domanda va indirizzata all'ASL/ULSS \_\_\_\_\_;
- NON DI COMPETENZA: sussistono i requisiti di cui all'art. 40, comma 12, dell' A.C.N. del 23.03.2005 e s.m.i. (scelta temporanea per i cittadini non residenti) – la scelta va effettuata direttamente presso gli uffici del distretto;
- NON DI COMPETENZA: sussistono i requisiti di cui all'art. 40, comma 7, dell' A.C.N. del 23.03.2005 e s.m.i. (ricongiungimento familiare) – la scelta va effettuata direttamente presso gli uffici del distretto;
- NON FAVOREVOLE per incompletezza dei dati / assenza e/o carenza di motivazione;
- NON FAVOREVOLE per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Per il Comitato Aziendale MMG  
(firma dei componenti delegati)

**5) DECISIONE DELL'AZIENDA ULSS 9 SCALIGERA**

N. \_\_\_\_\_ di prot.

li, \_\_\_\_\_

**Al/la Richiedente**

Con riferimento alla Sua domanda di scelta del medico di base in deroga all'ambito territoriale di residenza, visto il parere obbligatorio del Comitato Aziendale più sopra espresso, si comunica che la richiesta deve intendersi:

- AUTORIZZATA a tempo indeterminato, nei limiti del massimale individuale del medico: il richiedente deve pertanto presentarsi - con la presente autorizzazione e la tessera sanitaria - al Distretto (sportello scelte/revoche del medico), per effettuare l'iscrizione negli elenchi del medico di nuova scelta.
- AUTORIZZATA, nei limiti del massimale individuale del medico, subordinatamente ad analoga autorizzazione da parte dell'ULSS n. \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, cui la presente è inviata in copia per i provvedimenti di competenza, che la S.V. dovrà acquisire e presentare - unitamente alla presente autorizzazione e alla tessera sanitaria - al competente Distretto per effettuare l'iscrizione negli elenchi del medico di nuova scelta.
- NON AUTORIZZATA: per le motivazioni addotte più sopra dal Comitato Aziendale. Per scegliere un nuovo medico tra quelli iscritti nell'ambito territoriale di residenza, la S.V. è invitata a presentarsi al Distretto – Sportello Scelta/Revoca del Medico.

Distinti saluti.

Referente dell'istruttoria: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma del Dirigente o suo delegato)