

AZIENDA ULSS 9 – SCALIGERA

DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE CAMBIO MEDICO DI BASE O PEDIATRA DI LIBERA SCELTA NELL'AMBITO TERRITORIALE DI RESIDENZA

ISTRUZIONI OPERATIVE

INFORMAZIONI UTILI:

Il Modulo è stato sviluppato per agevolare il Cittadino al fine di non recarsi direttamente al Distretto di competenza, specialmente in questo periodo data l'emergenza del "COVID 19", per evitare assembramenti.

Le Categorie interessate che possono usufruire del Modulo sono:

- 1. ASSISTITI RESIDENTI CON MEDICO E ASSISTENZA ILLIMITATA
- 2. ASSISTITO RESIDENTE SENZA MEDICO E ASSISTENZA ILLIMITATA

Saranno rigettate d'Ufficio senza preavviso le richieste compilate da, Minori, o che le informazioni inserite non siano complete o non veritiere, si ricorda che:

IN CASO DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE, DI FORMAZIONE O USO DI ATTI FALSI, RICHIAMATE DALL'ART. 76 DEL DPR 445/2000, SONO PERSEGUIBILI IN FORMA PENALE.

MEDICO ASSOCIATO:

Se la scelta del Medico avviene tra Medici Associati dello stesso gruppo, è necessario che il nuovo Medico Vi rilasci il consenso.

Per verificare che il Medico sia associato ad un gruppo cliccare sul link nel modulo "<u>Verifica Medico</u> <u>Associato</u>", cercare il Medico prescelto è, cliccare su "Vedi dettagli".

Sezione dei Medici Generali e Pediatri di Libera scelta del sito dell'Azienda Ulss 9 Scaligera:

REGIONE DEL VENETO					<u>.</u>	f Aulss 9 f	Direttor
SCALIGERA				Bandi di gara Concorsi e avvisi	Albo Pretorio Area Fornitori	erca nel sito	C
			HOME AZIENDA	EMERGENZA CORONAVIRUS	OSPEDALI TERRITORIO	PREVENZIONE	UR
Home > Territorio > Medici e Pediatri							
Medici di Medicir	na Generale e Pediatri di Libe	era Scelta					
Mappa degli ambulatori Elenco d	dei medici e dei pediatri						
pagina 1 di 187					< 1 Z 3 4 5 6	7 8 9 10	>
Medico \$	Indirizzo	Comune 🕈		Orari		Dettagli	
ABOUL JABBAR ALI Tel: 3206155026	PIAZZA ALDO MORO 5	SAN GIOVANNI ILARIDNE		lunedi 10:00 - 12:00 martedi 17:00 - 19:00 mercoledi 17:00 - 19:00 giovedi 10:00 - 12:00		Q Vedi dettaj	igi

E cliccare su vedi dettagli:

Associazioni

Associazione	Medico	Orari
COD. 207 : GRUPPO MMG - SAN GIOVANNI LUPATOTO VIA UMBERTO I N. 78/A	LEARDINI MARIA TERESA	Orari Ø
COD. 207 : GRUPPO MMG - SAN GIOVANNI LUPATOTO VIA UMBERTO I N. 78/A	SCATTOLO ANNA MARIA	Orari 🧿
COD. 207 : GRUPPO MMG - SAN GIOVANNI LUPATOTO VIA UMBERTO I N. 78/A	TAUT ION	Orari ⊘
COD. 207 : GRUPPO MMG - SAN GIOVANNI LUPATOTO VIA UMBERTO I N. 78/A	DE CARLI MIRIAM	Orari Ø

È POSSIBILI ANCHE VERIFICARE PRIMA DELLA COMPILAZIONE LA DISPONIBILITÀ DEL MEDICO ANDANDO AL SEGUENTE LINK: <u>https://salute.regione.veneto.it/servizi/cerca-medici-e-pediatri</u>

ALLEGARE UN DOCUMENTO NEL MODULO:

PRIMA DI PROCEDERE ALLA COMPILAZIONE DEL MODULO, SI CONSIGLIA DI AVERE A DISPOSIZIONE COPIA DEI DOCUMENTI RICHIESTI IN FORMATO DIGITALE FRONTE RETRO.

Cliccare sull'icona della graffetta

E cliccare su "Scegli file"

Selezionarlo e	clio	care	su	"apri",	0	fare	doppio	click	sul	documento	o da	all	egare.
🌀 Open													×
💮 💮 📕 🕶 DIS	TRETTI		Medico	▼ Test ▼					-	Search Test			<u> </u>
Organize 👻 New fo	lder										:==	•	(?)
🔆 Favorites	-	Name	<u>۸</u>				Date mo	dified	Туре	,	Size		
🧮 Desktop		鷆 Ba	ckup				04/05/20	020 17:32	File f	older			
Downloads		📄 de	bug.log				04/05/20	020 17:38	Text	Document		0 KB	
🕍 Recent Places		🔊 SC	ELTAMM	IGPLS.pdf			05/05/20	020 15:22	Adob	e Acrobat Doc	64	47 KB	
🔚 Libraries		🔂 SC	ELTAMM	IGPLS.xdp			05/05/20	020 15:22	Adob	e LiveCycle De	34	45 KB	
Documents		🔒 sc	ELTAMM	IGPLS_receipt.p	df		21/04/20	020 11:31	Adot	e Acrobat Doc	31	18 KB	

Una volta che vedete il nome del file nella finestra sotto riportata, cliccate su "Allega"

COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL SOGGET <i>O</i> Fare click sulla graffetta per inserire l'a	TO A CUI SI RIFERISCE LA SCELTA - FRONTE allegato - formato pdf, png, jpg				
COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL SOGGETTO A CUI SI RIFERISCE LA SCELTA - RETRO					
🖉 Fare dick sulla graffetta per inserire l'à	allegato - formato pdf, png, jpg				
Fare dick sulla graffetta per inserire l'a DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SU dati personali e quelli riquardanti le mie condi	allegato - formato pdf, png, jpg LLA PRIVACY	ati utilizzando modalità manuali, informatiche			
Fare dick sulla graffetta per inserire l'a DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SU dati personali e quelli riguardanti le mie cond elematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Rec	allegato - formato pdf, png, jpg LLA PRIVACY Documento Assistito	tati utilizzando modalità manuali, informatiche agolation - GDPR secondo l'informativa conserva:			
Fare dick sulla graffetta per inserire l'a DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SU dati personali e quelli riguardanti le mie condi elematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Reg presso sede dell'Azienda ULSS n. 9 pubblicata ne	allegato - formato pdf, png, jpg LLA PRIVACY Documento Assistito Scegli file Nessun file selezionato	tati utilizzando modalità manuali, informatiche golation - GDPR secondo l'informativa conservai a <u>mento, Europeo 2016/679</u> . Saranno trasmessi			

Il file quando è pronto per essere allegato diventa di colore blu, quindi cliccate su chiudi per depositarlo, altrimenti se volete cambiarlo cliccate su rimuovi per inserirne un altro.

COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL SOGGE	ITO A CUI SI RIFERISCE LA SCELTA - FRONTE 'allegato - formato pdf, png, jpg	
COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL SOGGE	TO A CUI SI RIFERISCE LA SCELTA - RETRO	
G Fare click sulla graffetta per inserire l	'allegato - formato pdf, png, jpg	
G Fare dick sulla graffetta per inserire l DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SU	'allegato - formato pdf, png, jpg JLLA PRIVACY	
Fare click sulla graffetta per inserire l DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SU I dati personali e quelli riguardanti le mie cond	'allegato - formato pdf, png, jpg JLLA PRIVACY Documento Assistito	 tati utilizzando modalità manuali, informatich
Fare click sulla graffetta per inserire l DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SU I dati personali e quelli riguardanti le mie cond telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Reg	'allegato - formato pdf, png, jpg JLLA PRIVACY Documento Assistito	tati utilizzando modalità manuali, informatich egolation - GDPR secondo l'informativa conserv
Fare click sulla graffetta per inserire l DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SU I dati personali e quelli riguardanti le mie cond telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Reg presso sede dell'Azienda ULSS n. 9 pubblicata ne	'allegato - formato pdf, png, jpg JLLA PRIVACY Documento Assistito <u>attachment (1).pdf</u>	tati utilizzando modalità manuali, informatich egolation - GDPR secondo l'informativa conserv <u>amento Europeo 2016/679</u> . Saranno trasmess

COMPILARE IL MODULO

CAMBIO DEL N	/IEDICO DI MEDICINA GEN	ERALE	
SELEZIONA TIPO			
MEDICO DI MEDICINA GENERALE	RICONGIUNZIONE FAMILIARE MMG	PEDIATRA DI LIBERA SCELTA	RICONGIUNZIONE FAMILIARE PLS
MEDICO ASSOCIATO: Se il trasferimento avviene tra <u>Verifica Medico Associato</u>	a medici associati dello stesso grupp	oo,è necessario che il nuovo medi	co esprima il proprio consenso
SI SI	NO		
CERCA MEDICI			
INSERIRE SOLO IL COGNOME	DEL MEDICO SCELTO		
ANAGRAFE DEL SOGGE	TTO AL QUALE SI RIFERIS	CE LA SCELTA	
COD. FISCALE	INSERIRE IL CODICE FISCALE	CONFERMA	

Una volta cliccata la casella di controllo, dovrete specificare se il Medico se fa parte di un gruppo di Medici associati (vedi Istruzioni Operative).

Inserire nel modulo solo il Cognome del Medico prescelto (almeno le prime tre lettere), inserire il codice fiscale del Soggetto al quale si riferisce la scelta, cliccare il pulsante conferma per caricare i dati del Richiedente.

Finita la ricerca, saranno caricati nel modulo "Nome e Cognome" del Soggetto a cui si riferisce la richiesta, quindi inserire un recapito telefonico, ed una mail a cui inviare copia della richiesta, e verrà visualizzato il Medico con disponibilità in carico da scegliere.

ANAGRAFE DEL SOGGETTO AL QUALE SI RIFERISCE LA SCELTA

NOME		COGNOME	
CELLULARE			
E-MAIL A CUI IN	VIARE COPIA RICHIESTA		

A questo punto, cliccare sulla casella di controllo per scegliere il medico disponibile, se lo stesso non avrà disponibilità, o avete cercato un Medico al di fuori del Vostro ambito territoriale di residenza, visualizzerete prima un messaggio a video.

SELEZIONARE IL MEDICO PRESCELTO

SELEZIONARE LA PREFERENZA DEL MEDICO

MEDICO	COMUNE AMBULATORIO	
LORENZETTI LEONARDO		
INDIRIZZO AMBULATORIO	TELEFONO AMBULATORIO	TIPO AMBULATORIO
		PRINCIPALE

ORARI AMBULATORIO

Lunedì 17:00 - 18:00, Martedì 15:00 - 16:00, Mercoledì 08:00 - 09:00, Venerdì 15:00 - 16:00, Sabato 09:00 - 10:00

Allegare un documento di riconoscimento in corso di validità fronte retro (Vedi Istruzioni Operative), e una volta letta la dichiarazione ai sensi della Privacy se ritenete, selezionate "letto e accettato".

ALLEGATI OBBLIGATORI

COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL SOGGETTO A CUI SI RIFERISCE LA SCELTA *Fare click sulla graffetta per inserire l'allegato - formato pdf, png, jpg*

DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY

I dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento (UE) 2016/679 General Data Protection Regolation - GDPR secondo l'informativa conservata presso sede dell'Azienda ULSS n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <u>Regolamento Europeo 2016/679</u>. Saranno trasmessi ai competenti Uffici pubblici, a loro volta vincolati dall'obbligo del segreto d'ufficio, per gli adempimenti di competenza previsti dalla Legge.



A questo punto va inviato il modulo cliccando sul pulsante "INVIA".

INVIA

Il modulo arriverà al proprio Distretto di competenza per gestire la richiesta.

Una volta inviata la richiesta, vedrete nel "Browser" (Internet Explorer, Firefox, Chrome, Safari, ecc. ecc.) la convalida di ricezione del modulo, questo significa che il modulo è stato inviato.



AZIENDA ULSS 9 SCALIGERA Convalida ricezione modulo

Oggetto: Conferma ricevimento richiesta in data 05/05/2020 17:08:03.

La domanda è stata registrata e depositata correttamente nel nostro sistema. Entro breve sarà recapitato un messaggio all'indirizzo di posta elettronica indicato con allegata la ricevuta di avvenuta consegna.

Nella mail che avete inserito, riceverete il modulo e la conferma di invio con numero e data di registrazione, l'oggetto della mail sarà:

"Conferma invio richiesta del modulo scelta Medico nell'ambito territoriale di residenza"

Non rispondere all'indirizzo dell'inviante (noreply9@aulss9.veneto.it), perché trattasi di una mail di sistema, se necessario rivolgersi al proprio distretto di competenza andando sulla pagina "<u>Elenco Distretti</u>".



Scegliere la tipologia del Medico da cambiare cliccando sulla casella di controllo

SELEZIONA TIPO			
MEDICO DI MEDICINA GENERALE	RICONGIUNZIONE FAMILIARE MMG	PEDIATRA DI LIBERA SCELTA	RICONGIUNZIONE FAMILIARE PLS
ANAGRAFE DEL FAMILIAF	RE CON CUI SI VUOLE RIC	ONGIUNGERSI	
COD. FISCALE		CONFERMA	

In questo caso bisogna inserire il codice fiscale del Familiare con cui ricongiungersi, e cliccare su conferma.

Finita la ricerca, visualizzerete il Nome e Cognome del Familiare con cui ricongiungersi, inserire un recapito telefonico, ed una mail a cui inviare copia della richiesta, e verrà visualizzato il Medico con disponibilità in carico da scegliere.

ANAGRAFE DEL FAMILIARE O MINORE CON CUI SI VUOLE RICONGIUNGERSI

NOME		COGNOME			
CELLULARE					
E-MAIL A CUI INVIARE COPIA RICHIESTA					
DATI DEL FAMILIARE O MINORE DA RICONGIUNGERE					
Il ricongiungimento familiare è possibile solo in presenza di un medesimo indirizzo all'anagrafe del Comune					
NOME		COGNOME			

NATO A		DATA NASCITA					
COD. FISCALE		RESIDENTE A	VERONA				
INDIRIZZO		N. CIVICO	1	САР		PROV.	VR
TELEFONO							
Consapevole delle del DPR 445/200	e sanzioni penali in caso di dichiarazioni non ve. O	ritiere, di formazi	ione o uso di	atti fali	si, richiama	te dall'a	rt. 76

Inserire i dati del Familiare da ricongiungere:

N.B., IL RICONGIUNGIMENTO FAMILIARE È POSSIBILE SOLO IN PRESENZA DI UN MEDESIMO INDIRIZZO ALL'ANAGRAFE DEL COMUNE DI QUELLO DEL FAMILIARE A CUI RICONGIUNGERSI.

SI RICORDA CHE IN CASO DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE, DI FORMAZIONE O USO DI ATTI FALSI, RICHIAMATE DALL'ART. 76 DEL DPR 445/2000, SONO PERSEGUIBILI IN FORMA PENALE.

A questo punto, cliccare sulla casella di controllo per scegliere il medico disponibile, se lo stesso non avrà disponibilità, visualizzerete prima un messaggio a video.

SELEZIONARE IL MEDICO PRESCELTO

SELEZIONARE LA PREFERENZA DEL MEDICO

MEDICO	COMUNE AMBULATORIO			
INDIRIZZO AMBULATORIO	TELEFONO AMBULATORIO	TIPO AMBULATORIO		
		PRINCIPALE		

Lunedì 17:00 - 18:00, Martedì 15:00 - 16:00, Mercoledì 08:00 - 09:00, Venerdì 15:00 - 16:00, Sabato 09:00 - 10:00

Allegare i documenti richiesti fronte retro (Vedi Istruzioni Operative), e una volta letta la dichiarazione ai sensi della Privacy se ritenete, selezionate "letto e accettato".

	MENTO DI RICONOSCIMENTO DEL SOGGETTO À CUI SI RIFERISCE LÀ SCELTÀ - FRONTE
🖉 Fare	click sulla graffetta per inserire l'allegato - formato pdf, png, jpg
COPIA DOCU	MENTO DI RICONOSCIMENTO DEL SOGGETTO À CUI SI RIFERISCE LA SCELTÀ - RETRO
🖉 Fare	click sulla graffetta per inserire l'allegato - formato pdf, png, jpg
COPIA DO	CUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL FAMILIARE (GENITORE) / LEGALE RAPPRESENTANTE - FRONTE
🖉 Fare	click sulla graffetta per inserire l'allegato - formato pdf, png, jpg
COPIA DO	CUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL FAMILIARE (GENITORE) / LEGALE RAPPRESENTANTE RETRO
🖉 Fare	click sulla graffetta per inserire l'allegato - formato pdf, png, jpg
DICHIARA	ZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY
I dati perso	nali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatic
	nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento (UE) 2016/679 General Data Protection Regolation 🛛 GDPR secondo l'informativa conse
telematiche,	
telematiche, presso sede	dell'Azienda ULSS n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: Regolamento Europeo 2016/679. Saranno trasme

A questo punto va inviato il modulo cliccando sul pulsante "INVIA".

Il modulo arriverà al proprio Distretto di competenza per gestire la richiesta.

Una volta inviata la richiesta, vedrete nel "Browser" (Internet Explorer, Firefox, Chrome, Safari, ecc. ecc.) la convalida di ricezione del modulo.



AZIENDA ULSS 9 SCALIGERA

Oggetto: Conferma ricevimento richiesta in data 05/05/2020 17:08:03.

La domanda è stata registrata e depositata correttamente nel nostro sistema. Entro breve sarà recapitato un messaggio all'indirizzo di posta elettronica indicato con allegata la ricevuta di avvenuta consegna.

Nella mail che avete inserito, riceverete il modulo e la conferma di invio con numero e data di registrazione, l'oggetto della mail sarà:

"Conferma invio richiesta del modulo scelta Medico nell'ambito territoriale di residenza"

Non rispondere all'indirizzo dell'inviante (noreply9@aulss9.veneto.it), perché trattasi di una mail di sistema, se necessario rivolgersi al proprio distretto di competenza andando sulla pagina "Elenco Distretti".



CAMBIO DEL MEDICO PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

SELEZIONA TIPO

MEDICO DI MEDICINA GENERALE	FAMILIARE MMG	PEDIATRA DI LIBERA SCELTA	RICONGIUNZIONE FAMILIARE PLS	

MEDICO ASSOCIATO:

Se il trasferimento avviene tra medici associati dello stesso gruppo, è necessario che il nuovo medico esprima il proprio consenso Verifica Medico Associato

0.00	
- CI	
- 01	
	SI

NO

CERCA MEDICI

INSERIRE SOLO IL COGNOME DEL MEDICO SCELTO

ANAGRAFE DEL SOGGETTO AL QUALE SI RIFERISCE LA SCELTA

COD. FISCALE

CONFERMA

Una volta cliccata la casella di controllo, dovrete specificare se il Medico se fa parte di un gruppo di Medici associati (Vedi Istruzioni Operative).

Inserire nel modulo solo il Cognome del Medico prescelto (almeno le prime tre lettere), inserire il codice fiscale del Soggetto al quale si riferisce la scelta, cliccare il pulsante conferma per caricare i dati del Richiedente.

Finita la ricerca, saranno caricati nel modulo "Nome e Cognome" del Soggetto a cui si riferisce la richiesta, quindi inserire un recapito telefonico, ed una mail a cui inviare copia della richiesta.

NOME		COGNOME	
CELLULARE			
E-MAIL A CUI IN	IVIARE COPIA RICHIESTA		

IN QUALITA' DI

GENITORE PREVALENTE

Selezionare il Soggetto che rappresenta il Familiare, (Genitore Prevalente o Legale Rappresentante). Inserire i dati del Genitore Prevalente o Legale Rappresentante:

IN QUALITA' DI

GENITORE PREVALENTE
 GENITORE PREVALENTE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

NOME		COGNOME		
NATO A		DATA NASCITA		
COD. FISCALE		RESIDENTE A		
INDIRIZZO		N. CIVICO	CAP PROV. VR	
TELEFONO		EMAIL		
Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000				
DICHIARA				

Di essere Genitore prevalente e/o di esercitare la responsabilità Genitoriale per il/i minore/i indicato, per la scelta del Medico

SI RICORDA CHE IN CASO DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE, DI FORMAZIONE O USO DI ATTI FALSI, RICHIAMATE DALL'ART. 76 DEL DPR 445/2000, SONO PERSEGUIBILI IN FORMA PENALE.

A questo punto, cliccare sulla casella di controllo per scegliere il medico disponibile, se lo stesso non avrà disponibilità, o avete cercato un Medico al di fuori del Vostro ambito territoriale di residenza, visualizzerete prima un messaggio a video.

SELEZIONADE IL MEDICO DRESCELTO	

SELEZIONARE LA PREFERENZA DEL MEDICO

MEDICO	COMUNE AMBULATORIO
BEVERELLI ANTONELLA	SOAVE
	TELEFONO AMBULATORIO TIPO AMBULATORIO

ORARI AMBULATORIO

Lunedi 09:00 - 13:00 *, Martedi 15:00 - 17:00 *, Mercoledi 09:00 - 12:00 *, Giovedi 15:00 - 19:00 *, Venerdi 08:00 - 13:00 *

Allegare i documenti richiesti fronte retro (Vedi Istruzioni Operative), e una volta letta la dichiarazione ai sensi della Privacy se ritenete, selezionate "letto e accettato".

ALLEGATI OBBLIGATORI

COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL SOGGETTO A CUI SI RIFERISCE LA SCELTA - FRONTE *Pare click sulla graffetta per inserire l'allegato - formato pdf, png, jpg*

COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL SOGGETTO A CUI SI RIFERISCE LA SCELTA - RETRO *Fare click sulla graffetta per inserire l'allegato - formato pdf, png, jpg*

DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY

I dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento (UE) 2016/679 General Data Protection Regolation – GDPR secondo l'informativa conservata presso sede dell'Azienda ULSS n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <u>Regolamento Europeo 2016/679</u>. Saranno trasmessi ai competenti Uffici pubblici, a loro volta vincolati dall'obbligo del segreto d'ufficio, per gli adempimenti di competenza previsti dalla Legge.

LETTO E ACCETTATO

A questo punto va inviato il modulo cliccando sul pulsante "INVIA".

Il modulo arriverà al proprio Distretto di competenza per gestire la richiesta.

Una volta inviata la richiesta, vedrete nel "Browser" (Internet Explorer, Firefox, Chrome, Safari, ecc. ecc.) la convalida di ricezione del modulo.



AZIENDA ULSS 9 SCALIGERA **Convalida ricezione modulo**

Oggetto: Conferma ricevimento richiesta in data 05/05/2020 17:08:03.

La domanda è stata registrata e depositata correttamente nel nostro sistema. Entro breve sarà recapitato un messaggio all'indirizzo di posta elettronica indicato con allegata la ricevuta di avvenuta consegna.

Nella mail che avete inserito, riceverete il modulo e la conferma di invio con numero e data di registrazione, l'oggetto della mail sarà:

"Conferma invio richiesta del modulo scelta Medico nell'ambito territoriale di residenza "Non rispondere all'indirizzo dell'inviante (noreply9@aulss9.veneto.it), perché trattasi di una mail di sistema, se necessario rivolgersi al proprio distretto di competenza.



RICONGIUNZIONE FAMILIARE DEL MEDICO PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

Scegliere la tipologia del Medico da cambiare cliccando sulla casella di controllo

SELEZIONA TIPO						
MEDICO DI MEDICINA GENERALE		PEDIATRA DI LIBERA SCELTA	RICONGIUNZIONE FAMILIARE PLS			
ANAGRAFE DEL FAMILIARE CON CUI SI VUOLE RICONGIUNGERSI						
COD. FISCALE		CONFERMA				

In questo caso bisogna inserire il codice fiscale del Familiare a cui ricongiungersi, e cliccare su conferma.

ANAGRAFE DEL FAMILIARE O MINORE CON CUI SI VUOLE RICONGIUNGERSI

NOME		COGNOME	
CELLULARE			
E-MAIL A CUI INVIARE COPIA RICHIESTA			

A questo punto vedrete il Nome e Cognome del Familiare a cui ricongiungersi, dovrete inserire un recapito telefonico, ed una mail a cui inviare copia della richiesta.

Inserire i dati del Genitore Prevalente o Legale Rappresentante, e del Familiare da ricongiungere:

IN QUALITA' DI

TL/LA SOTTOSCRITTO/A

GENITORE PREVALENTE
 DEGALE RAPPRESENTANTE

IL/LA SOTTOSCIATTO/A		
NOME	COGNOME	
NATO A	DATA NASCITA	
COD. FISCALE	RESIDENTE A	
INDIRIZZO	N. CIVICO	ROV. VR
TELEFONO	EMAIL	
Consapevole delle sanzioni penali in caso di di del DPR 445/2000	hiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate	dall'art. 76
	DICHIARA	

Di essere Genitore prevalente e/o di esercitare la responsabilità Genitoriale per il/i minore/i indicato, per la scelta del Medico

DATI DEL FAMILIARE RICONGIUNGERE

Il ricongiungim	iento familiare è possibile solo in presenza	di un medesimo) indirizzo a	all'anagr	ate del C	Comune
NOME	[COGNOME				
NATO A		DATA NASCITA				
COD. FISCALE		RESIDENTE A	1			
INDIRIZZO		N. CIVICO		САР		PROV. VR
TELEFONO						

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000

N.B., IL RICONGIUNGIMENTO FAMILIARE È POSSIBILE SOLO IN PRESENZA DI UN MEDESIMO INDIRIZZO ALL'ANAGRAFE DEL COMUNE DI QUELLO DEL FAMILIARE A CUI RICONGIUNGERSI.

SI RICORDA CHE IN CASO DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE, DI FORMAZIONE O USO DI ATTI FALSI, RICHIAMATE DALL'ART. 76 DEL DPR 445/2000, SONO PERSEGUIBILI IN FORMA PENALE.

A questo punto, cliccare sulla casella di controllo per scegliere il medico disponibile, se lo stesso non avrà disponibilità, o avete cercato un Medico al di fuori del Vostro ambito territoriale di residenza, visualizzerete prima un messaggio a video.

SELEZIONARE IL MEDICO PRESCELTO

SELEZIONARE LA PREFERENZA DEL MEDICO		
MEDICO	COMUNE AMBULATORIO	
BEVERELLI ANTONELLA		
	TELEFONO AMBULATORIO	TIPO AMBULATORIO
ORARI AMBULATORIO Lunedì 09:00 - 13:00 *,Martedì 15:00 - 17:00 *,Mercoledì 09:0	00 - 12:00 *,Giovedì 15:00 - 19	:00 *,Venerdì 08:00 - 13:00 *

Allegare i documenti richiesti fronte retro (Vedi Istruzioni Operative), e una volta letta la dichiarazione ai sensi della Privacy, se ritenete, selezionate "letto e accettato".

ALLEGATI OBBLIGATORI

COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL SOGGETTO A CUI SI RIFERISCE LA SCELTA - FRONTE *Pare click sulla graffetta per inserire l'allegato - formato pdf, png, jpg*

COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL SOGGETTO A CUI SI RIFERISCE LA SCELTA - RETRO

DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY

I dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento (UE) 2016/679 General Data Protection Regolation - GDPR secondo l'informativa conservata presso sede dell'Azienda ULSS n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <u>Regolamento Europeo 2016/679</u>. Saranno trasmessi ai competenti Uffici pubblici, a loro volta vincolati dall'obbligo del segreto d'ufficio, per gli adempimenti di competenza previsti dalla Legge.

LETTO E ACCETTATO

A questo punto va inviato il modulo cliccando sul pulsante "INVIA".

Il modulo arriverà al proprio Distretto di competenza per gestire la richiesta.

Una volta inviata la richiesta, vedrete nel "Browser" (Internet Explorer, Firefox, Chrome, Safari, ecc. ecc.) la convalida di ricezione del modulo.



AZIENDA ULSS 9 SCALIGERA

Convalida ricezione modulo

Oggetto: Conferma ricevimento richiesta in data 05/05/2020 17:08:03.

La domanda è stata registrata e depositata correttamente nel nostro sistema. Entro breve sarà recapitato un messaggio all'indirizzo di posta elettronica indicato con allegata la ricevuta di avvenuta consegna.

Nella mail che avete inserito, riceverete il modulo e la conferma di invio con numero e data di registrazione, l'oggetto della mail sarà:

"Conferma invio richiesta del modulo scelta Medico nell'ambito territoriale di residenza"

Non rispondere all'indirizzo dell'inviante (noreply9@aulss9.veneto.it), perché trattasi di una mail di sistema, se necessario rivolgersi al proprio distretto di competenza.