SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Mod.2 **Sede di…….**

SCELTA DEL MEDICO IN DEROGA TERRITORIALE
(ART.46, DPR 445/2000)

Il sottoscritto …….consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, così come stabilito dall'art.76 del DPR 445/2000 e che decadono i benefici ottenuti sulla base delle dichiarazioni non veritiere, **dichiara**:

di essere nato a …….(…….)il……..
residente a……..(……..)
in Via……n°…….tel…….

E CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE
Ad usufruire dell'opera professionale del Dr……

□ **MEDICO GENERICO** □ **MEDICO PEDIATRIA**

Iscritto negli elenchi dell'AUSL di……
Con ambulatorio nel Comune di……
in Via ……n°…….

per sé e/o per i seguenti familiari:

cognome nome - indirizzo	tessera sanitaria	grado parentela
…….	…….	……
…….	…….	……
…….	…….	……

In base a quanto previsto dalla normativa vigente dichiara:

1. di aver interpellato il medico richiesto, che non è il medico di fabbrica, il quale ha consentito alla scelta in deroga, come da dichiarazione allegata.
2. che il proprio domicilio dista dall'ambulatorio del medico richiesto KM……
3. che il proprio domicilio dista dall'ambulatorio del medico convenzionato con l'Azienda usl di appartenenza KM……
4. che la presente dichiarazione di scelta in deroga territoriale è determinata dai seguenti motivi:

   ……

   ……

Data…… **FIRMA DEL RICHIEDENTE** .....

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui il D.Lgs. n°196 del 30/06/2003 e successive modifiche e integrazioni(Legge sulla Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per la quale la presente dichiarazione viene resa.
La sottoscrizione delle soprascritte dichiarazioni e istanza è stata apposta in mia presenza dal dichiarante, identificato con:

Doc……. n°……del……...

Rilasciato / a da ……...
Preventivamente ammonito sulle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci:

Data……**Firma per esteso dell'operatore**……..
Parere favorevole/sfavorevole del Comitato Consultivo Aziendale (vedi A.C.N.) verbale n°……..

1. cancellare la parte che non interessa
2. in base alla vigente convenzione con i MMG e PLS la scelta a favore di medico iscritto in un elenco diverso da quello della AUSL di residenza dell'assistito può essere autorizzata per continuità terapeutica quando sussiste la confinanza tra Comune di residenza dell'utente e Distretto di iscrizione del Medico.

N.B. in caso di presentazione dell'istanza da persona diversa dal richiedente è necessario allegare alla presente:

1. delega e fotocopia documento del delegante
2. documento d'identità della persona delegata