|  |  |
| --- | --- |
| **Prestazione** | **Scelta – Revoca Pediatra** |
| **Descrizione** | Scelta pediatra al momento della nascita del neonato. Elenco dei Pediatri reperibile sul sito aziendale Asl 5 Scelta - Revoca Pediatra di libera scelta  |
| **Documenti necessari** | * Codice fiscale del neonato (autocertificazione)
* Codice fiscale del minore
* Documenti di entrambi i genitori e delega del genitore non convivente
* Se presente tutore/amministratore di sostegno, documento di riconoscimento del tutore/amministratore di sostegno e del soggetto tutelato/amministrato
 |
| **Moduli da presentare compilati** | Richiesta di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale e/o Scelta/Revoca del PediatraModulo di scelta in deroga solo se il pediatra scelto appartiene ad un distretto diverso da quello di appartenenza |
| **Modalità accesso** | 🡪 **da remoto** mail all’indirizzo del distretto di appartenenza 🡪 **accesso libero** nei giorni ed orari del distretto di appartenenza. 🡪 **accesso anche su appuntamento** per l’ufficio di Ceparana |

**MODULISTICA DA COMPILARE E PRESENTARE AL MOMENTO DELLA DOMANDA**

**RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE e/o SCELTA/REVOCA DEL MEDICO/PEDIATRA - ASL5**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel. Cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. ( )

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domiciliato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

(NB: Il domicilio deve essere compilato solo se diverso dalla residenza)

* In qualità di diretto interessato
* In qualità di genitore del minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. ( )

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domiciliato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

* In qualità di tutore/amministratore di sostegno di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. ( ) Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Domiciliato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consapevole che ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 445/2000, il rilascio di dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia.

* Dichiaro di non avere in atto alcuna scelta del medico presso altra ASL

**CHIEDE**

1. **L’ISCRIZIONE AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PRESSO L’ASL DI LA SPEZIA E L’ASSISTENZA DEL**

Dr./Dr.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se non disponibile il medico di prima scelta, in alternativa chiedo l’assistenza del:

Dr./Dr.ssa 1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dr./Dr.ssa 2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dr./Dr.ssa 3)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dr./Dr.ssa 4)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **LA REVOCA** del

Dr/Dr.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autorizzazione all’inoltro di documenti tramite posta elettronica non PEC (da compilare solo in caso di richiesta telematica)**
Dichiaro di aver letto e compreso quanto previsto dall’art. 13 del RGPD UE e di essere Consapevole dei rischi connessi all’invio di documenti tramite posta elettronica, tra cui la possibilità di una lettura da parte di soggetti non autorizzati, autorizzo pertanto esplicitamente l’invio all’indirizzo di posta elettronica non certificata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della documentazione richiesta.
Dichiaro di manlevare sin d’ora ASL5 ed il personale della stessa da responsabilità per disguidi/violazioni della privacy operate da terzi sui dati inoltrati nonché da eventuali danni inerenti/derivanti dalla modalità di inoltro prescelta.

Data \_\_ /\_\_ /\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679, il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali e/o sensibili forniti per le finalità legate alla presente istanza.

**DELEGO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ doc identità numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla presentazione di questa domanda e della relativa documentazione.

La Spezia, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In fede

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALLEGARE:

* Documento di riconoscimento del richiedente
* Documenti di entrambi i genitori e delega del genitore non convivente
* Se presente tutore/amministratore di sostegno, documento di riconoscimento del tutore/amministratore di sostegno e del soggetto tutelato/amministrato

**Oggetto: scelta in deroga**

**□ Medici di Medicina Generale**

**□ Pediatri di Libera Scelta**

La/Il Sottoscritta/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nata/o il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Ai sensi degli artt. 39 comma 1 e 2 e 37 comma 1 e 2 degli Accordi Collettivi Nazionali rispettivamente per la Medicina Generale e Pediatrica, chiede di poter scegliere la/il Dott.ssa/Dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con Ambulatorio sito in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iscritto nel Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La/Il sottoscritta/o fornisce contestualmente la dichiarazione di accettazione del medico scelto in deroga e dichiara di essere a conoscenza che la richiesta potrà essere soddisfatta solo qualora il medico non abbia già superato la disponibilità massima di posti per gli assistiti

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nominativo dei Componenti il Nucleo** **Familiare Interessati alla Scelta** | **Data** **di Nascita** | **Relazione di** **Parentela** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Si precisa che i componenti del nucleo inseriti, diversi dal dichiarante, devono rilasciare apposita delega.

 In fede

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

=======================================================================================

La/Il sottoscritta/o Dott.ssa/Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matr.reg.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritta/Iscritto negli elenchi del Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara di accettare la scelta in deroga effettuata dalla Sig.ra / Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ redattore del presente modulo e di impegnarsi all’erogazione dell’assistenza medica nei suoi confronti nelle forme nei modi e nei tempi previsti dai vigenti Accordi Nazionali per la generalità degli assistiti in forma diretta.

 TIMBRO E FIRMA MMG/PLS

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_