

COMITATO CONSULTIVO AZIENDALE

PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA - ART. 23 A.C.N. **MEDICINA GENERALE - ART. 23 A.C.N.**

La/il sottoscritta/o _____ cod. fisc. _____

nata/o il _____ a _____ prov. _____

residente a **TORINO** in _____ n. _____ cap _____

tel. _____ mail (**solo** per ricevere risposta tramite p.e.) _____

chiede di scegliere:

per sé

per i familiari **anagraficamente** conviventi:

_____ cod. fisc. _____

_____ cod. fisc. _____

_____ cod. fisc. _____

_____ cod. fisc. _____

come medico di fiducia, in deroga alla competenza territoriale, la/il Dr. _____ con ambulatorio

nel comune di _____ nell'ambito della ASL _____ per i seguenti motivi:

continuità assistenziale - **previsto solo per MMG** – (specificare): _____

ricongiungimento con familiare anagraficamente convivente (specificare): _____

migliore viabilità/vicinanza (specificare): _____

scelta obbligata o gravi ed obiettive circostanze che ostacolano la normale erogazione dell'assistenza (specificare):

data _____

firma _____

DICHIARAZIONE DEL MEDICO

La/il sottoscritta/o Dr. _____ dichiara di essere disponibile ad effettuare

visite domiciliari fuori ambito territoriale ed accettare come assistiti i Sigg.ri: _____

data _____

timbro e firma _____

RICHIESTA VALIDA SOLO SE COMPILATA INTEGRALMENTE, DATATA, FIRMATA E LEGGIBILE.

IL DICHIARANTE E' CONSAPEVOLE DI QUANTO PREVISTO DAGLI ARTT. 75 E 76 D.P.R. 28.12.00, N. 445 ED IN MODO PARTICOLARE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RILASCIANO DICHIARAZIONI NON CORRISPONDENTI AL VERO E CHE SULLA PRESENTE DICHIARAZIONE SARANNO EFFETTUATI I CONTROLLI PREVISTI DAGLI ARTT. 70 E SEGUENTI DEL D.P.R. 445/00.

SEDE RITIRO PRATICA:

DATA: