

**RICHIESTA in DEROGA di MEDICO e PEDIATRA di FAMIGLIA dell'ATS di BS MODULO  
per CITTADINI RESIDENTI in ALTRA ASL/ATS**

Richiesta di mantenimento nell'elenco del Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

 MEDICO DI MEDICINA GENERALE PEDIATRA DI FAMIGLIA

In favore di \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

domiciliato/a a \_\_\_\_\_ telefono n. \_\_\_\_\_

Attualmente iscritto negli elenchi del Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_  MMG  PDF

in favore dei familiari di seguito indicati:

1) \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_

2) grado di parentela \_\_\_\_\_

3) Attualmente iscritto negli elenchi del Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_  MMG  PDF

4) \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_

grado di parentela \_\_\_\_\_

Attualmente iscritto negli elenchi del Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_  MMG  PDF

5) \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_

grado di parentela \_\_\_\_\_

Attualmente iscritto negli elenchi del Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_  MMG  PDF**Motivazioni della richiesta (allegare eventuale documentazione):**\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Se l'istanza è inviata per posta, per via telematica o per mano di terzi, si deve allegare copia non autentica del proprio documento di identità in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

Dichiaro di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD 679/2016). Firma \_\_\_\_\_

**RISERVATO AL MEDICO RICHIESTO**Il sottoscritto Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_ accetta come assistiti i **Signori sopra indicati**

Data \_\_\_\_\_ Timbro e Firma del Medico \_\_\_\_\_

**DA COMPILARSI OBBLIGATORIAMENTE A CURA DEL DISTRETTO**

Massimale Medico richiesto \_\_\_\_\_ Carico virtuale \_\_\_\_\_ di cui a termine \_\_\_\_\_ di cui 0/6 anni \_\_\_\_\_

Inserito nell'ambito di \_\_\_\_\_ Distretto di \_\_\_\_\_

**RISERVATO AL COMITATO AZIENDALE** PARERE FAVOREVOLE PARERE NON FAVOREVOLE

Data \_\_\_\_\_ il Segretario \_\_\_\_\_