



**RICHIESTA in DEROGA di MEDICO e PEDIATRA di FAMIGLIA
per CITTADINI RESIDENTI in ALTRA ASST**

Richiesta di mantenimento nell'elenco del Dr./Dr.ssa _____

MEDICO DI MEDICINA GENERALE

PEDIATRA DI FAMIGLIA

In favore di _____, nato il _____

residente a _____ cap _____ in Via _____

Domiciliato a _____ Telefono n. _____

Attualmente iscritto negli elenchi del Dr. _____ MMG PLS

E in favore dei familiari di seguito indicati:

1) _____, nato il _____

grado di parentela _____

Attualmente iscritto negli elenchi del Dr. _____ MMG PLS

2) _____, nato il _____

grado di parentela _____

Attualmente iscritto negli elenchi del Dr. _____ MMG PLS

3) _____, nato il _____

grado di parentela _____

Attualmente iscritto negli elenchi del Dr. _____ MMG PLS

Motivazioni della richiesta: Prosecuzione del rapporto fiduciario ovvero la continuità assistenziale e del rapporto fiduciario

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 _____

SI ALLEGA/NO MODULO/I DI CONSENSO DEL MEDICO e/o PEDIATRA SCELTO/I

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 _____

PARERE FAVOREVOLE

PARERE NON FAVOREVOLE

Data _____

Il Responsabile _____