



All'Azienda Ulss 5 Polesana

PEI protocollo@aulss5.veneto.it

**RICHIESTA DI ASSEGNAZIONE IN DEROGA DI UN MEDICO DI MEDICINA GENERALE
OPERANTE IN COMUNI LIMITROFI DI AZIENDA ULSS O REGIONE DIVERSA DA QUELLA DI
RESIDENZA**

(da trasmettere via e-mail allegando copia del Documento di Identità e della Tessera Sanitaria
all'indirizzo protocollo@aulss5.veneto.it)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____ cittadinanza _____

Codice Fiscale: _____

Residente a _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ nr. civico _____

Telefono _____ e-mail _____

C H I E D E

L'autorizzazione alla scelta del dr./dr.ssa _____

Medico dell'Azienda Ulss/Usl

- Per me e/o
- Per i familiari conviventi (qui indicati)

Cognome e nome	Data di nascita	codice fiscale	cittadinanza
----------------	-----------------	----------------	--------------

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

Per uno dei seguenti motivi: **(ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000)**

Prosecuzione del rapporto fiduciario _____

Comune limitrofo (indicare)

DICHIARO che attualmente mi assiste il dr./dr.ssa

AUTORIZZA l'Azienda Ulss 5 Polesana a trasmettere il documento che attesta il medico
assegnato al seguente indirizzo di:

posta elettronica: _____

via posta all'indirizzo _____

Oppure di ritirarla personalmente o da persona delegata _____
(in questo caso si ricordi di compilare il modulo di delega allegando copia di un documento di identità del delegante)

CONSAPEVOLE CHE le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa. L'Azienda Ulss 5 Polesana effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

Il sottoscritto, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, **AUTORIZZA** il trattamento e la comunicazione dei dati che lo riguardano, ai soli fini del procedimento richiesto e per cui è stata resa la suddetta dichiarazione.

Il/la sottoscritto/a è consapevole che in assenza di posti disponibili la richiesta non potrà essere accolta.

(data) _____ (firma del dichiarante) _____

E' necessario raccogliere l'accettazione del medico che si intende scegliere che compilerà la parte sottostante.

SPAZIO RISERVATO PER L'ACCETTAZIONE DEL MEDICO RICHiesto

Io sottoscritto/a _____

Accetto di assistere _____

E i suoi familiari _____

Data _____ **timbro e firma del medico** _____

Spazio riservato all'ufficio

PARERE DEL DIRETTORE UOC DAT

- FAVOREVOLE-ESISTONO I PRESUPPOSTI AMMINISTRATIVI
- NON FAVOREVOLE- NON ESISTONO I PRESUPPOSTI AMMINISTRATIVI

Data _____ Firma del Direttore UOC DAT _____