



All'Azienda Ulss 5 Polesana

PEI protocollo@aulss5.veneto.it

**DOMANDA DI SCELTA IN DEROGA DEL MEDICO - MMG - IN AMBITO TERRITORIALE
DIVERSO DA QUELLO DEL DISTRETTO DI RESIDENZA DELL'AZIENDA ULSS 5 POLESANA**

(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 _____

CHIEDE

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) _____

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

- ESISTONO I PRESUPPOSTI
- NON ESISTONO I PRESUPPOSTI
 - Manca firma accettazione del medico
 - Manca disponibilità in AUR

Data _____ Firma dell'Operatore _____