

Alla ASL Roma 2
 Distretto _____
 Via _____
 CAP _____

Data trasmissione al _____
**Comitato Aziendale per la Medicina Generale
 /Pediatria ASL Roma 2
 Via Filippo Meda, 35
 00157 Roma**

RICHIESTA DI ASSEGNAZIONE DEL MEDICO GENERICO/PEDIATRA IN DEROGA ALL'AMBITO TERRITORIALE

Il/La sottoscritto/a _____ ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del DPR 28.12.2000, n. 445, in caso di dichiarazioni non veritiere:

- a) di essere nato a _____ (Prov. ___) il _____
 b) di risiedere a _____ (Prov. ___) in Via _____ n. _____
 CAP _____ Distretto Sanitario Municipio _____ ASL _____
 c) di essere attualmente iscritto negli elenchi del Medico di Assistenza Primaria Dott./Dott.ssa _____
 con ambulatorio a _____ (Prov. ___) in Via _____ n. _____
 CAP _____ Distretto Sanitario Municipio _____ ASL _____
 d) che il proprio codice fiscale è: _____
 g) che il proprio recapito telefonico è : _____ e-mail _____

CHIEDE

di essere autorizzato/a, in deroga all'ambito territoriale della propria residenza nella ASL Roma 2, a scegliere/mantenere per se per i propri familiari sotto indicati anagraficamente conviventi quale Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta il Dott./Dott.ssa _____ con ambulatorio a _____ (Prov. ___) in Via _____ n. _____ CAP _____

Cognome e Nome	Data di Nascita	Codice Fiscale	Grado di Parentela	Medico scelto	Codice regionale

Tale richiesta viene avanzata per il seguente motivo previsto dalla normativa vigente (art. 40, c. 10, ACN 23.3.05 e s.m.i.):

- prosecuzione del rapporto fiduciario;
 non è possibile scegliere altro medico nell'ambito territoriale di residenza per i motivi più sotto specificati(*);
 la residenza del sottoscritto gravita su un ambito territoriale limitrofo;
 la normale erogazione dell'assistenza da parte del medico o dei medici iscritti nell'ambito territoriale di residenza risulta ostacolata per le gravi ed obiettive circostanze più sotto specificate (*);
 (*) MOTIVARE DETTAGLIATAMENTE

E' OBBLIGATORIO ALLEGARE CERTIFICATO DI ACCETTAZIONE DA PARTE DEL MMG/PLS

PARERE DEL COMITATO AZIENDALE PER LA MEDICINA GENERALE/ PEDIATRICA

- domanda accolta** **domanda respinta**

Eventuali motivazioni:

Data
 ASL Roma 2 P.Iva 13665151000
 Sede Legale Via Filippo Meda 35 00157 Roma
 Sede Operativa Via Primo Carnera 1 00142 Roma

IL PRESIDENTE DEL COMITATO AZIENDALE PER
 LA MEDICINA GENERALE/PEDIATRICA

.....