



AL Direttore

- Distretto 1 Venezia centro storico, isole ed estuario  
 Distretto 2 Venezia terraferma, Marcon, Quarto d'Altino  
 Distretto 3 Mirano-Dolo  
 Distretto 4 Chioggia

**SCelta DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (ASSISTENZA PRIMARIA) IN DEROGA ALLA RESIDENZA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 e residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 tel./cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_, a norma di quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, chiede di poter usufruire, in deroga alla residenza, per sé e per i propri familiari:

_____	_____	_____
Cognome e nome	data di nascita	tessera sanitaria n.
_____	_____	_____
Cognome e nome	data di nascita	tessera sanitaria n.
_____	_____	_____
Cognome e nome	data di nascita	tessera sanitaria n.

dell'assistenza del medico di fiducia, dott. \_\_\_\_\_ iscritto nell'elenco dei medici convenzionati per il Comune di \_\_\_\_\_ il quale ha dichiarato la propria disponibilità ad accogliere i richiedenti tra i suoi assistiti (vedi nota sul retro).

La presente richiesta è motivata da:

- prosecuzione rapporto fiduciario  
 ragioni di vicinanza o di migliore viabilità rispetto all'ambulatorio (ambito limitrofo)  
 Altro: \_\_\_\_\_

**N.B. In caso di scelta del medico di medicina generale di altra Azienda ULSS, l'autorizzazione è subordinata ad analogo parere favorevole espresso dall'Azienda d'iscrizione del medico prescelto.**

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003, i dati personali, anche di natura sensibile o giudiziaria, forniti in relazione alla presente procedura, saranno trattati esclusivamente per le finalità di gestione della medesima. Il sottoscritto richiedente autorizza il trattamento dei dati.

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**DICHIARAZIONE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (ASSISTENZA PRIMARIA)**

Il/la sottoscritto/a, dott./dott.ssa \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di accettare e di dare la propria disponibilità per la scelta in deroga alla residenza dell'assistito/a ed eventuali familiari

---

---

---

---

---

---

---

i

Firma e timbro del Medico

\_\_\_\_\_

**PARERE DEL DIRETTORE DEL DISTRETTO**

**FAVOREVOLE**

**SFAVOREVOLE**

Firma del Direttore del Distretto

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_