Richiesta Medico Scelta In Deroga Territoriale

Spett.le ASL NAPOLI 1 CENTRO **Distretto n.**_____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

il____/___/_____ dichiara di essere residente a _____in via/le _____

_____cap _____cell._____ C.F. _____

email/pec_____attualmente assistito/a dal Dott._____

CHIEDE

Che venga autorizzata la scelta in deroga a favore del Dott. _____

con studio nel Distretto _____ in Via_____

per le seguenti MOTIVAZIONI:

- ☐ prosecuzione rapporto fiduciario-continuità assistenziale
- ☐ medico del familiare convivente
- ☐ circostanze che ostacolano la normale erogazione dell'assistenza

Napoli _____ Firma Richiedente _____

Eventuali famigliari conviventi:

:

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

il____/___/_____ dichiara di essere residente a _____in via/le _____

_____cap _____cell._____ C.F. _____

email/pec_____ attualmente assistito/a dal Dott._____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

il____/___/_____ dichiara di essere residente a _____in via/le _____

_____cap _____cell._____ C.F. _____

email/pec_____ attualmente assistito/a dal Dott._____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

il____/___/_____ dichiara di essere residente a _____in via/le _____

_____cap _____cell._____ C.F. _____

email/pec_____ attualmente assistito/a dal Dott._____

(parte riservata al MMG scelto in deroga)

Il/la sottoscritto/a Dott_____ nato/a a _____ il _____

cod.reg._____C.F._____cod.EMPAM_____Con lo studio in via _____comune di _____

Asl _____Distretto _____ iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di_____

N._____dichiara di accettare l'iscrizione a suo carico di cui sopra.

Napoli, _____ Timbro e Firma Medico

(parte riservata al Distretto Sanitario di appartenenza del medico scelto)

Si certifica che il Dr._____cod reg. _____ n. ASSISTITI_____

□ PUÒ acquisire la scelta in quanto NON SUPERA i limiti del MASSIMALE previsti dalla norma
□ NON PUO' acquisire la scelta, in quanto SUPERA i limiti del MASSIMALE previsti dalla norma

Data _____

Firma e Timbro: Il responsabile U.O.A.S.B.

_____

Firma e Timbro: Il Direttore del D.S.B

_____

(parte riservata al Comitato art. 12 A.C.N. 04/04/24)

Il Comitato art. 12 A.C.N. vigente per la Medicina Generale dell' A.S.L. Na 1 Centro visto l'art. 39 comma 5

AUTORIZZA

la scelta in favore del Dr. _____ cod. reg. _____

inserito negli elenchi della ASL_____ Distretto_____.

Napoli, _____ IL PRESIDENTE _____

Si allega: Doc di Riconoscimento.