



Al Distretto n. _____

Sede di _____

 pec: protocollo.aulss9@pecveneto.it

 mail: protocollo.generale@aulss9.veneto.it
DOMANDA DI SCELTA DEL MEDICO DI BASE IN AMBITO TERRITORIALE DIVERSO DA QUELLO DI RESIDENZA

 (*) per gli ambiti territoriali consultare il sito internet <https://www.aulss9.veneto.it>)

(compilare tutti i campi in maniera completa e a stampatello; barrare con una "X" le caselle interessate)

 → la domanda va inviata a mezzo pec o mail oppure presentata al Distretto di residenza/domicilio dell'assistito
dopo l'accettazione del medico ←

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 _____ (_____) il _____;
- b) di risiedere a _____ in Via _____ n. _____ CAP _____
- c) di essere attualmente iscritto negli elenchi del Medico di Base dott./ssa _____ (ULSS n. _____ - _____);
- d) che il proprio codice fiscale è: _____;
- e) che il numero della propria tessera sanitaria è: _____;
- f) che il proprio recapito telefonico e indirizzo di posta elettronica sono: _____;

CHIEDE
di essere autorizzato, in ambito territoriale diverso da quello della propria residenza, a:
 scegliere mantenere

 per se per i propri familiari - sotto indicati (§) - anagraficamente conviventi

 quale medico di fiducia, il Medico di Base dott./ssa _____
 _____ con ambulatorio presso il Comune di _____ - Distretto n. _____
 (ovvero c/o ULSS n. _____ - _____);

(§) Cognome Nome	Data Nascita	Codice fiscale	N. Tessera Sanitaria	Grado di parentela

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

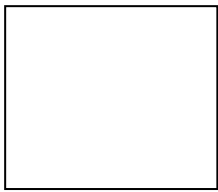
Eventuali informazioni aggiuntive: _____

Informativa privacy ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003: i dati forniti saranno trattati con modalità manuali e informatizzate per le finalità connesse alla domanda. Il conferimento dei dati è obbligatorio. Il rifiuto al conferimento degli stessi comporta l'impossibilità di valutare la domanda stessa. Al dichiarante è riconosciuto il diritto di accesso ai dati personali e agli altri diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003. Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Ulss n. 9 Scaligera, nonché l'eventuale altra Azienda Ulss coinvolta nel procedimento. I responsabili del trattamento dei dati sono, per quanto di rispettiva competenza, i Responsabili dei Servizi/Uffici preposti alla valutazione della presente domanda.

Data _____

Firma (**) _____

(**) firmare in presenza del funzionario addetto, ovvero allegare copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità



2)

ACCETTAZIONE DEL MEDICO DI BASE DI NUOVA SCELTA

(da compilarsi prima della presentazione della domanda al Distretto)

Il/La sottoscritto/a dott./ssa _____ codice regionale _____, massimale individuale _____, dichiara la propria disponibilità ad accettare tra i propri assistiti il/la richiedente e gli eventuali familiari indicati e a effettuare, conseguentemente, visite domiciliari anche al di fuori del proprio ambito territoriale.

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

Data _____

(timbro e firma del medico)

Al/la Richiedente

Con riferimento alla Sua domanda di scelta del medico di base in ambito territoriale diverso da quello di residenza si comunica che::

SI PROCEDE ALL'ASSEGNAZIONE DEL MEDICO RCHIESTO a tempo indeterminato, **nei limiti del massimale individuale del medico;**

Data _____

(L'operatore del distretto)

NON SI PROCEDE: per mancanza di posti disponibili (medico massimalista) alla data di lavorazione della richiesta da parte dell'ufficio scelte e revoche Medico

Data _____

(L'operatore del distretto)

3) DECISIONE DELL'AZIENDA ULSS 9 SCALIGERA PER LE SCELTE FUORI ULSS

N. _____ di prot.

Verona, _____

Al/la Richiedente

Con riferimento alla Sua domanda di scelta del medico di base in deroga all'ambito territoriale di residenza si comunica che la richiesta deve intendersi

AUTORIZZATA, nei limiti del massimale individuale del medico, subordinatamente ad analoga autorizzazione da parte dell'ULSS n. ___ - REGIONE VENETO, cui la presente è inviata in copia per i provvedimenti di competenza, che la S.V. dovrà acquisire e presentare - unitamente alla presente autorizzazione e alla tessera sanitaria - al competente Distretto per effettuare l'iscrizione negli elenchi del medico di nuova scelta.

NON AUTORIZZATA per _____;

Distinti saluti.

Referente dell'istruttoria:

(timbro e firma del Dirigente o suo delegato)

N.B. Il presente modulo non va presentato nel caso di:

Scelta temporanea per i cittadini non residenti – la scelta va effettuata direttamente attraverso l'apposita procedura on line - collegarsi al sito aziendale (<https://www.aulss9.veneto.it/>) - o presso gli uffici del distretto;

Ricongiungimento familiare – la scelta va effettuata direttamente attraverso l'apposita procedura on line - collegarsi al sito aziendale (<https://www.aulss9.veneto.it/>) - o presso gli uffici del distretto;