

lo sottoscritto/a _____ (cognome) _____ (nome)

nato a _____ il _____

cod. fisc. _____ cod. reg. iscr. AUSL di residenza _____

residente nel comune di _____ Via/P.za _____ n. _____

domicilio sanitario nel comune di **PISTOIA** Via/P.za **VIA SAN BIAGIO IN CASCHERI** n. **114**

tel. _____ e-mail _____

TENUTO CONTO

della disponibilità del medico, come dalla seguente dichiarazione dallo stesso sottoscritta.

Io sottoscritt _____ Dr. _____ dichiaro di accettare le scelte espresse con la presente domanda, che mi saranno attribuite con decorrenza dalla data di presentazione alla AUSL Toscana centro della domanda stessa. Prendo atto che, in caso di parere negativo da parte del Comitato d'Azienda, le scelte mi saranno cancellate dalla data in cui il cittadino riceve il diniego all'istanza.

Data _____ Firma e timbro del medico _____

CHIEDO ALL'AUSL TOSCANA CENTRO

per me e/o per i familiari conviventi sottoindicati, figli minorenni per i quali esercito la potestà genitoriale o maggiorenni, che confermano la scelta sottoscrivendola, oppure rilasciando apposita delega, allegando copia del documento di identità

COGNOME E NOME	PARENTELA	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	CODICE REG. ISCRIZIONE

che, **in deroga** alle vigenti disposizioni in materia di ambito territoriale di scelta, venga autorizzata l'**iscrizione** dei sopraelencati nominativi nell'elenco degli assistiti del Dr. **CHIARA TROVI** cod.reg. _____

iscritt **A** negli elenchi del comune di **PISTOIA**

per la seguente motivazione ART. 40 A.C.N. MMG E ART.39 A.C.N PLS DEL 29/07/2009 (barrare e compilare la motivazione):

☐ **prosecuzione del rapporto fiduciario – continuità assistenziale:** già mio medico dal _____ per iscrizione presso la ex AUSL _____

☐ **vicinanza o migliore viabilità** se la residenza/domicilio sanitario gravita in un ambito limitrofo all'ambulatorio del medico

☒ **la scelta è o diventa obbligata** per il seguente motivo: **INSERIMENTO IN CT TERAPEUTICA**

☐ **gravi ed obiettive circostanze** che ostacolano la normale erogazione dell'assistenza (specificare): _____

Altri motivi: ☐ già medico del familiare convivente Sig./ra _____

Altre specifiche: ☐ _____

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all'indirizzo:
<https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda>
o scansando il QR code a margine.



RISERVATO ALL'UFFICIO AUSL TOSCANA CENTRO			Presidio _____
EX AUSL MEDICO	COMUNE D'ISCRIZIONE DEL MEDICO	MASSIMALE	SCELTE IN CARICO:
			delle quali in deroga:
NOTE			
data _____		_____ (timbro del Presidio e firma dell'operatore)	

PARERE COMITATO MMG/PDF ex AUSL _____		
☐ FAVOREVOLE	☐ NEGATIVO	☐ RICHIESTA DI ACCERTAMENTI
MOTIVAZIONI: _____		
data _____ Firma _____		

ESITO EVENTUALI ACCERTAMENTI DISPOSTI SU RICHIESTA DEL COMITATO D'AZIENDA	
data _____	
_____ (firma dell'operatore)	

PARERE COMITATO MMG/PDF EX AUSL _____ a seguito di riesame	
☐ FAVOREVOLE	☐ NEGATIVO
MOTIVAZIONI: _____	
data _____ Firma _____	