

Al Comitato Aziendale per la Medicina Generale
ASL Viterbo Via E. Fermi, 15 01100 Viterbo (VT)
prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it

e, p.c. Al Direttore del Distretto A B C

Richiesta in deroga del medico di medicina generale

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ residente a _____
_____ prov. (_____) in via _____ domiciliato/a a _____
(se diverso dalla residenza _____ in via _____
telefono _____ email _____ PEC _____

chiede l'assegnazione del medico di medicina generale

- per sè
 per i soggetti deleganti di seguito indicati

nome e cognome _____ nato/a _____
il _____ residente a _____ (_____), in via _____
domiciliato/a a _____, in via _____
rapporto di parentela _____;

nome e cognome _____ nato/a _____
il _____ residente a _____ (_____), in via _____
domiciliato/a a _____ (_____), in via _____
rapporto di parentela _____;

il medico Dr. _____ iscritto nella lista dei medici convenzionati del
Distretto _____ Comune di _____

Per la seguente motivazione:

Gravi ed obiettive circostanze che ostacolano la normale erogazione dell'assistenza e che non rientrano nelle richieste assegnabili direttamente dall'ufficio territorialmente competente

Indicare di seguito eventuale documentazione allegata: _____

N.B. Il modulo deve essere presentato con la preventiva autorizzazione del medico scelto

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza in ottemperanza al Regolamento Europeo n. 679/2016 GDPR e al D.Lgs n 196/2003.

Firma

_____ li ____/____/_____

DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE
ACCETTAZIONE:

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ dichiara la propria disponibilità ad accettare la scelta in deroga presentata dal/dalla Sig. _____ per sé e i soggetti deleganti indicati nel modulo di domanda.

Data ____/____/____

 timbro e firma del medico

Spazio riservato al Comitato Aziendale per la Medicina Generale

Questo Comitato Aziendale nella seduta del ____/____/____ con verbale n. _____

VISTO l'Accordo Collettivo Nazionale dei Medici di Medicina Generale vigente; ESAMINATI i motivi addotti nella presente domanda

favorevole*

contrario*

esprime parere

richiesta documentazione integrativa*

all'accoglimento della richiesta avanzata dal sig./sig.ra _____

* _____

Data ____/____/____

IL PRESIDENTE
Dott. Giuseppe Cimarello