

**DOMANDA DI SCELTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE IN DEROGA
ALLA NORMATIVA GENERALE**

DISTRETTO SANITARIO DI _____

**AL COMITATO AZIENDALE
Per la MEDICINA GENERALE
ASUIUD
Via A. Manzoni,5 - 33100 U D I N E**

Il sottoscritto _____ nato il _____

residente a _____ (____) C.A.P. _____ in Via _____ n. _____

telefono _____ attualmente iscritto nell'elenco degli assistiti del Dr. _____

CHIEDE che venga autorizzata la scelta in deroga alle norme vigenti a favore del Dr. _____

iscritto nell'elenco del Comune di _____ per sé e per i suoi familiari:

COGNOME e NOME	DATA DI NASCITA

Tale richiesta viene avanzata per uno dei seguenti motivi previsti dalla normativa vigente:

- 1) non è possibile scegliere altro medico nell'ambito comunale;
- 2) l'abitazione del sottoscritto gravita su una zona limitrofa o di migliore viabilità con il Comune in cui opera il medico richiesto;
- 3) la normale erogazione dell'assistenza da parte del medico o dei medici iscritti nell'elenco del Comune, risulta ostacolata per le seguenti gravi ed obiettive circostanze:
- 4) altri motivi debitamente comprovati:

Data _____

Firma _____

AVVERTENZE:

* **Alla presente domanda deve essere allegata la dichiarazione di accettazione rilasciata dal medico richiesto.**

* *Il presente modulo deve essere consegnato presso gli Uffici Anagrafe Sanitaria del Distretto Sanitario di appartenenza.*

* *La decisione del Comitato sarà notificata all'indirizzo dell'interessato/a con comunicazione scritta.*

* *In caso di accoglimento della domanda l'assegnazione del medico richiesto può essere effettuata solo se detto medico non abbia superato il massimale di scelte consentite dalla normativa in materia.*

Il Comitato Aziendale per la Medicina Generale nella seduta del _____ ha ritenuto di
ACCOGLIERE la domanda

NON ACCOGLIERE la domanda per il seguente motivo _____

VISTO il Comitato Aziendale