

**DOMANDA DI SCELTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE CONVENZIONATO CON ASUFC
PER CITTADINI RESIDENTI NEL TERRITORIO DI DIVERSA AZIENDA SANITARIA**

DISTRETTO SANITARIO DI _____

*AL COMITATO AZIENDALE ASUFC
per la MEDICINA GENERALE
via Pozzuolo, 330 - 33100 UDINE*

Il sottoscritto _____ nato il _____
residente a _____ (_____) in via _____ n. _____
telefono _____ e-mail _____

attualmente iscritto nell'elenco degli assistiti del Dr. _____

CHIEDE che venga autorizzata la scelta a favore del MMG Dr. _____

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

COGNOME e NOME	DATA DI NASCITA

Nel rispetto della lett. B), co.1 e 2, dei "Criteri per l'attribuzione al cittadino del medico di assistenza primaria di medicina generale convenzionato con l'ASUFC" (prot. n. 19686 del 08.02.2021 - testo approvato dal Comitato aziendale MMG nella riunione del 03.02.2021), il **sottoscritto dichiara che:**

- **il comune di residenza del richiedente** (e/o dei suoi familiari sopra indicati) e **quelli facenti parte dell'ambito territoriale in cui opera il medico prescelto, benché appartenenti ad Aziende diverse, sono limitrofi;**
- **il medico richiesto ha espresso la Sua disponibilità all'iscrizione nelle Sue liste del sottoscritto e/o dei suoi familiari, come da comunicazione di disponibilità che si allega;**
- la richiesta viene avanzata sulla base della seguente **MOTIVAZIONE:**

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 in cui opera il medico richiesto**
- * **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.**