

Al Direttore del Distretto  A  B  C**Richiesta in deroga del medico di medicina generale in commissione**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ domiciliato a (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI ESSERE AUTORIZZATO/A** scegliere  mantenere

- per altri  
 per sé

1. nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_ rapporto di parentela \_\_\_\_\_;
2. nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_ rapporto di parentela \_\_\_\_\_;
3. nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_ rapporto di parentela \_\_\_\_\_;

il dott. \_\_\_\_\_ iscritto nell'elenco dei medici convenzionati del Comune di \_\_\_\_\_ con ambulatorio in via \_\_\_\_\_

**PER LA SEGUENTE MOTIVAZIONE:**

- Prosecuzione del rapporto di fiducia con il medico dott. \_\_\_\_\_
- Scelta obbligata (indicare i motivi) \_\_\_\_\_
- Ragioni di vicinanza:  
l'ambulatorio del dott. \_\_\_\_\_ dista solo km. \_\_\_\_\_ dalla propria abitazione, mentre l'ambulatorio più vicino di un medico iscritto nell'elenco del Comune/ambito territoriale dista circa km \_\_\_\_\_
- Migliore viabilità:  
gli ambulatori dei medici iscritti nell'elenco del Comune di residenza/ambito territoriale non sono facilmente raggiungibili dalla mia abitazione, in quanto \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ mentre l'ambulatorio del dott. \_\_\_\_\_ si può raggiungere più facilmente, perché \_\_\_\_\_
- Gravi ed obiettive circostanze che ostacolano la normale erogazione dell'assistenza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Il/la sottoscritto/a dichiara, ai sensi del Regolamento Generale Europeo sulla protezione dei dati n 2016/679 di dare il proprio consenso al trattamento di tutti i propri dati personali e/o sensibili riferiti al procedimento attivato, necessari per l'espletamento dell'istruttoria, nonché per l'eventuale richiesta di riesame alla Commissione Mista Conciliativa per gli aspetti organizzativi e relazionali.

Firma

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



## DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO

ACCETTAZIONE:

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_ dichiara la propria disponibilità ad accettare la scelta in deroga presentata dal sig. \_\_\_\_\_ per sé e i propri familiari indicati nella domanda.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
timbro e firma del medico

Spazio riservato al Comitato Aziendale per la Medicina Generale ASL Viterbo

Questo Comitato nella seduta del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con verbale n. \_\_\_\_\_  
VISTO l'Accordo Collettivo Nazionale dei Medici di Medicina Generale del 29.07.2009;  
ESAMINATI i motivi adottati nella presente domanda

ESPRIME PARERE

 favorevole contrario

all'accoglimento della richiesta avanzata dal sig./sig.ra \_\_\_\_\_

Viterbo \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IL PRESIDENTE O DELEGATO  
\_\_\_\_\_