



AZIENDA ULSS 20 DI VERONA

Sede legale: via Valverde n.42 - 37122 Verona - tel. 045/8075511 Fax 045/8075640
Cod. Fiscale e P. IVA 02573090236 – www.ulss20.verona.it



Riservato al Distretto Socio Sanitario:

prot. n. _____

del _____

Mod. SDR-MAP-08/11

per l'inoltro

Al Distretto Socio Sanitario n. _____

Sede di _____

Azienda ULSS 20 di Verona

Al Comitato Aziendale MMG

c/o Servizio Convenzioni

1) DOMANDA DI SCELTA DEL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA IN DEROGA ALL'AMBITO TERRITORIALE DI RESIDENZA (compilare tutti i campi in maniera completa e a stampatello; barrare con una "X" le caselle interessate)
→ la domanda va presentata al Distretto Socio Sanitario di appartenenza dell'assistito o del medico dopo l'accettazione del medico ←

Il/La sottoscritto/a _____, ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del DPR 28.12.2000, n. 445, in caso di dichiarazioni non veritiere:

- a) di essere nato a _____ (_____) il _____;
- b) di risiedere a _____ in Via _____ n. _____ CAP _____
- ambito territoriale n. _____ del Distretto Socio Sanitario n. _____ (ovvero c/o ULSS n. _____ di _____);
- c) di essere domiciliato a _____ in Via _____ n. _____ CAP _____;
- d) di essere attualmente iscritto negli elenchi del Medico di Assistenza Primaria dott./ssa _____
_____ con ambulatorio presso l'ambito territoriale n. _____
del Distretto Socio Sanitario n. _____ (ovvero c/o ULSS n. _____ di _____);
- e) che il proprio codice fiscale è: _____;
- f) che il numero della propria tessera sanitaria è: _____ (indicare l'ULSS che ha rilasciato la tessera sanitaria, se diversa dall'ULSS n. 20 di Verona: _____);
- g) che il proprio recapito telefonico e indirizzo di posta elettronica sono: _____;

CHIEDE

di essere autorizzato, in deroga all'ambito territoriale della propria residenza, a:

scegliere mantenere

per se per i propri familiari - sotto indicati (§) - anagraficamente conviventi

quale medico di fiducia, il Medico di Assistenza Primaria dott./ssa _____

_____ con ambulatorio presso l'ambito territoriale n. _____
del Distretto Socio Sanitario n. _____ (ovvero c/o ULSS n. _____ di _____);

(§) Cognome Nome Data Nascita Codice fiscale N. Tessera Sanitaria Grado di parentela

Tale richiesta viene avanzata per il seguente motivo previsto dalla normativa vigente (art. 40, c. 10, ACN 23.3.05 e s.m.i.):

- prosecuzione del rapporto fiduciario;
- non è possibile scegliere altro medico nell'ambito territoriale di residenza per i motivi più sotto specificati (*);
- la residenza del sottoscritto gravita su un ambito territoriale limitrofo rispetto all'ubicazione dell'ambulatorio del medico prescelto che, per ragioni di vicinanza o di migliore viabilità, risulta più facilmente raggiungibile: km. _____ dalla propria residenza a quelli dell'ambulatorio del medico richiesto; km. _____ rispetto all'ambulatorio più vicino di altro medico (indicare il nominativo _____) del proprio ambito territoriale; ovvero, si specificano più sotto (*) le condizioni di migliore viabilità;
- la normale erogazione dell'assistenza da parte del medico o dei medici iscritti nell'ambito territoriale di residenza risulta ostacolata per le gravi ed obiettive circostanze più sotto specificate (*);

(*) motivare dettagliatamente (**in assenza/carenza di motivazione la richiesta sarà respinta**): _____

Data _____

Firma (**) _____

(**) firmare in presenza del funzionario addetto, ovvero allegare copia di un documento di identità in corso di validità



Mod. SDR-MAP-08/11

Timbro con data di "pervenuto" al Servizio Convenzioni

2) ACCETTAZIONE DEL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA DI NUOVA SCELTA
(da compilarsi prima della presentazione della domanda al Distretto Socio Sanitario)

Il/La sottoscritto/a dott./ssa _____ codice regionale _____, massimale individuale _____, dichiara la propria disponibilità ad accettare tra i propri assistiti il/la richiedente e gli eventuali familiari indicati e a effettuare, conseguentemente, visite domiciliari anche al di fuori del proprio ambito territoriale.

Data _____
(timbro e firma del medico)

3) PARTE RISERVATA AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO
(istruttoria da compilarsi prima dell'invio della domanda al Comitato Aziendale MMG c/o Servizio Convenzioni)

A) Contatori assistiti medico scelto in deroga |MI_____|S_____|C_____|D_____|T_____|DC_____|
B) Eventuali osservazioni utili alla valutazione della richiesta: _____

Data _____ Il Direttore del Distretto Sanitario n. _____
(firma del Direttore o suo delegato)

4) PARERE OBBLIGATORIO DEL COMITATO AZIENDALE MMG

- Il Comitato Aziendale, in merito alla presente domanda, esprime parere:
- FAVOREVOLE;
 - NON FAVOREVOLE: non sussistono i requisiti di cui all'art. 40, comma 10, dell'A.C.N. del 23.03.2005 e s.m.i.;
 - NON DI COMPETENZA territoriale: la domanda va indirizzata all'ASL/ULSS _____;
 - NON DI COMPETENZA: sussistono i requisiti di cui all'art. 40, comma 12, dell' A.C.N. del 23.03.2005 e s.m.i. (scelta temporanea per i cittadini non residenti) – la scelta va effettuata direttamente presso gli uffici del distretto di domicilio;
 - NON DI COMPETENZA: sussistono i requisiti di cui all'art. 40, comma 7, dell' A.C.N. del 23.03.2005 e s.m.i. (ricongiungimento familiare) – la scelta va effettuata direttamente presso gli uffici del distretto di residenza;
 - NON FAVOREVOLE per incompletezza dei dati / assenza e/o carenza di motivazione;
 - NON FAVOREVOLE per i seguenti motivi:

Data _____ Per il Comitato Aziendale MMG
(firma dei componenti delegati)

5) DECISIONE DELL'AZIENDA ULSS 20 DI VERONA

N. _____ di prot. Verona, _____
Al/la Richiedente e, p.c. Al Distretto Socio Sanitario n. _____ sede _____
All'ULSS N. _____ di _____

Con riferimento alla domanda di scelta del medico di assistenza primaria in deroga all'ambito territoriale di residenza, visto il parere obbligatorio del Comitato Aziendale più sopra espresso, si comunica che la richiesta deve intendersi:

- AUTORIZZATA a tempo indeterminato, ovvero fino al _____, nei limiti del massimale individuale: il richiedente deve pertanto presentarsi - con la presente autorizzazione e la tessera sanitaria - al Distretto Socio Sanitario cui la presente è inviata per conoscenza, per effettuare l'iscrizione negli elenchi del medico di nuova scelta.
- AUTORIZZATA, nei limiti del massimale individuale, subordinatamente ad analogha autorizzazione da parte dell'ULSS n. _____ di _____, cui la presente è inviata in copia per i provvedimenti di competenza, che la S.V. dovrà acquisire e presentare - unitamente alla presente autorizzazione e alla tessera sanitaria - al competente Distretto Socio Sanitario per effettuare l'iscrizione negli elenchi del medico di nuova scelta.
- NON AUTORIZZATA: per le motivazioni addotte più sopra dal Comitato Aziendale. Per scegliere un nuovo medico tra quelli iscritti nell'ambito territoriale di residenza, la S.V. è invitata a presentarsi al Distretto Socio Sanitario di appartenenza.

Distinti saluti.

Referente dell'istruttoria: _____
(timbro e firma del Dirigente)