



DOMANDA DI SCELTA IN DEROGA MMG – PdLS

Il/La sottoscritto/a
 nato/a a il C.F.
 residente nel Comune di Cap

 Via n. Tel.
 email
 attuale medico curante Dott. codice regionale

CHIEDE

- ☐ per se stesso
☐ per i familiari sotto indicati*:

..... C.F. grado parentela

..... C.F. grado parentela

Di essere iscritto, in deroga, tra gli assistiti del Dott. che svolge la propria attività di medico convenzionato nel Comune di

*se il familiare è minorenne, si dichiara di avere:

- l'esercizio della responsabilità genitoriale e che la scelta/revoca del medico è effettuata di comune accordo con l'altro genitore (art.337-ter c.c. e art.337-quater c.c.)
- l'esercizio esclusivo della responsabilità genitoriale per mancanza o per impedimento dell'altro genitore (art.317 c.c.)
- l'esercizio esclusivo della responsabilità genitoriale e non è tenuto, per disposizione del giudice a concordare con l'altro genitore le decisioni di maggiore interesse per i figli, ai sensi dell'art.337-quater, terzo comma, del c.c.

- ☐ per prosecuzione del rapporto fiduciario
☐ ricongiungimento familiare

Allega dichiarazione di accettazione del MMG – PdLS scelto in deroga

Data Firma

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO S/R

☐

PARERE FAVOREVOLE

(CONTINUITÀ ASSISTENZIALE/RAPPORTO FIDUCIARIO E DISPONIBILITÀ DEI POSTI IN DEROGA)

☐

PARERE CONTRARIO MMG/PdF:

NON PUÒ ESSERE ASSEGNATO PER SUPERAMENTO MASSIMALE CHE RISULTA AD OGGI PARI A

DATA

FIRMA