

## 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 .....