



## DOMANDA DI SCELTA IN DEROGA MMG – PDF

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 40 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale e dell'art. 39 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Famiglia

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice assistito \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_ Codicefiscale \_\_\_\_\_  
attuale medico curante dr \_\_\_\_\_ codice regionale \_\_\_\_\_

### CHIEDE

- per se stesso
- per i familiari sotto indicati:

\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ cod. assistito \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ cod. assistito \_\_\_\_\_

Di essere iscritto, in deroga, tra gli assistiti del Dr. \_\_\_\_\_ che svolge la propria attività di medico convenzionato nel comune di \_\_\_\_\_

per i seguenti motivi: (barrare le voci che interessano)

- Continuità di cura per patologia cronica documentata e/o invalidità civile
- Vicinanza e/o migliore viabilità in quanto l'ambulatorio del medico suindicato dista circa Km \_\_\_\_ dalla propria abitazione
- Prosecuzione del rapporto fiduciario( solo per il Medico di Medicina Generale che operi in ambito limitrofo a quello di nuova residenza); Ambito di residenza
- Per le seguenti gravi e obiettive circostanze che ostacolano la normale erogazione dell'assistenza.

\_\_\_\_\_  
 Solo Pediatra di Famiglia ricongiungimento familiare (con fratelli)

**Allegato : dichiarazione di accettazione del MMG – Pdf scelto in deroga**



### INFORMATIVA PRIVACY

**Ai sensi degli artt. 13 e 14 Reg. UE n. 2016/679 e del vigente D.lgs. 196/03**

La informiamo che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per eseguire i propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio di pubblici poteri a fronte dei servizi richiesti dall'utente. In relazione ai dati personali conferiti, gli interessati hanno il diritto, compatibilmente agli obblighi di legge vigenti, di ottenere l'accesso ai propri dati, copia, rettifica, cancellazione o la limitazione del trattamento o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento). Nel caso il trattamento avvenga in violazione del citato Regolamento, l'interessato ha diritto, inoltre, di proporre reclamo al Garante o di adire le opportune sedi giudiziarie. Resta inteso che il conferimento dei dati è strettamente necessario, tuttavia l'eventuale rifiuto a fornirci, in tutto o in parte, i suoi dati personali potrà comportare la mancata o parziale esecuzione della richiesta presentata. Per prendere visione dell'informativa completa, si invita l'interessato a consultare e/o chiedere copia della modulistica allegata oppure prendere visione delle informative esposte nei locali e/o presenti sul sito [www.asst-lodi.it](http://www.asst-lodi.it). **Dati di contatto del Titolare del Trattamento:** Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi, Piazza Ospedale, 10 – 26900 Lodi, Tel. 0371-371; Indirizzo mail [protocollo@pec.asst-lodi.it](mailto:protocollo@pec.asst-lodi.it); **Dati di contatto Responsabile della Protezione dei Dati personali:** Dott.ssa Maria Francesca Fasano; Viale Savoia, 1 – 26900 Lodi; Tel. 0371-371; mail [dpo@asst-lodi.it](mailto:dpo@asst-lodi.it).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

#### PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO S/R

Il MMG/Pdf non può essere assegnato per superamento del massimale che risulta ad oggi pari a

N.....

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

