

**DOMANDA PER LA SCELTA IN DEROGA ALL'INTERNO DELL'ULSS 8 BERICA
 DEL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA (MAP)**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

domiciliato a _____ in via _____ n. _____

C.F. _____ cittadinanza _____

E-mail _____ Tel./Cell. _____

Assistito del Medico di Assistenza Primaria _____

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace o comunque non corrispondente al vero,
 così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000;

CHIEDE

di poter scegliere, in deroga (art. 40 comma 10 ACN MG), il Medico di Assistenza Primaria (MAP):

Dr. _____

con Ambulatorio nel Comune di _____ Azienda ULSS n. _____

per sé e per i propri familiari sotto indicati:

In caso di richiesta a favore di figlio/i minore/i, si DICHIARA di esercitare la responsabilità genitoriale.

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale	Grado di parentela	Firma dei maggiorenni per delega

La domanda è presentata per le seguenti motivazioni:

- Evidenti e obiettive ragioni di vicinanza e viabilità: _____;
- Prosecuzione del rapporto di fiducia esistente;
- Gravi e obiettive circostanze;
- Altri motivi (*specificare*): _____

Allegati:

1. Documento d'identità del richiedente e dei familiari per cui si presenta domanda;
2. Codice Fiscale del richiedente e dei familiari per cui si presenta domanda.

Data _____

Firma del richiedente _____

In caso di figlio minore, il genitore richiedente dichiara che l'altro genitore condivide le finalità della presente richiesta

IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE SOTTOSCRITTO PER ACCETTAZIONE, PRIMA DELLA CONSEGNA, DAL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

Il sottoscritto MAP accetta come propri assistiti le persone elencate nella presente domanda.

Data _____

Timbro e firma del Medico di Assistenza Primaria