

**DOMANDA PER LA SCELTA IN DEROGA  
 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	N. Tessera Sanitaria Regionale	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*

**Dichiarazione del Medico di Assistenza Primaria (MAP)**

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

Data \_\_\_\_\_

**Timbro e firma** del Medico di Assistenza Primaria \_\_\_\_\_