

**SCelta IN DEROGA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE  
DELL'ASL DI PROVENIENZA**Data di emissione:  
01/03/2023  
rev. 0  
Approvato ed emesso in  
originale**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/ATTO DI NOTORIETA'  
resa ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445**

Il/La sottoscritto/a

Codice Fiscale

**CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE**di **SCEGLIERE IN DEROGA** il Medico di Medicina Generale Dott.

della propria ASL di provenienza (ASL

 )**A TAL FINE**

consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- di essere nato/a il  a  prov.
- di essere residente e domiciliato/a a , in via  n.
- che sussistono **TUTTI I SEGUENTI REQUISITI:**
  - CONTINUITA' ASSISTENZIALE (il Medico richiesto è stato l'ultimo medico ad assistermi);
  - CONTIGUITA' ASSISTENZIALE (l'ambito territoriale di appartenenza del Medico dell'altra ASL è confinante con l'ambito territoriale di nuova residenza nell'ASL TO3);
  - ACCETTAZIONE SCRITTA da parte del medico a prestare assistenza al di fuori del proprio ambito territoriale.

Il sottoscritto rilascia il seguente recapito telefonico

e/o il seguente indirizzo mail

 per essere contattato in merito all'esito della valutazione da parte dell'ASL di provenienza della richiesta, che si estende ai seguenti conviventi (se maggiorenni si allega delega scritta):

Cognome e Nome	Data di nascita	Medico / Pediatra richiesto	ASL del Medico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

data

firma richiedente

Documenti da allegare:

- Fotocopia documento di identità in corso di validità
- Fotocopia codice fiscale rilasciato dall'Agenzia delle Entrate o fotocopia tessera TEAM

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI IN AMBITO SANITARIO (Regolamento UE 679/2016)**

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679.

Per saperne di più sul trattamento dei dati personali consulta il sito:

<https://www.aslto3.piemonte.it/wp-content/uploads/2022/08/ALLEGATO2.pdf>

data

firma