



Trieste, _____

Alla

- S.O. Distretto 1**
 S.O. Distretto 2
 S.O. Distretto 3
 S.O. Distretto 4
 Gestione Servizi Amministrativi Sede

Oggetto: richiesta iscrizione in deroga alla residenza

Il sottoscritto _____ genitore o tutore (indicare gli estremi del provvedimento in qualità di tutore) del minore _____, nato a _____ il _____, C.F. _____, residente in _____ via/piazza _____, n. _____ tel. _____

chiede

l'iscrizione in deroga alla residenza, (art. 39 dell'ACN dei Pediatri di Libera Scelta) nelle liste del dott. _____ Medico convenzionato con codesta Azienda:

la richiesta è motivata da:

- prosecuzione del rapporto fiduciario da parte dell'assistito oppure la scelta è o diventa obbligata (specificare le motivazioni)

 residenza in ambito limitrofo a quello del medico scelto, purché afferente alla stessa ASUGI (specificare le ragioni di vicinanza o di migliore viabilità che consentono di accedere più agevolmente allo studio medico)

 altre motivazioni gravi ed obiettive che ostacolano la normale erogazione dell'assistenza (specificare)

Distinti saluti

(firma del richiedente)

Il riscontro verrà inviato tramite e-mail all'indirizzo: _____

Oppure indicare la residenza _____

Il/La sottoscritto/a dott. _____, Medico convenzionato con codesta Azienda, dichiara di accettare l'iscrizione dell'assistito, le cui generalità sono sopra riportate, nelle proprie liste.

 ACCOGLIMENTO

Si precisa che l'autorizzazione è subordinata alla verifica, da effettuarsi al momento dell'iscrizione, del non superamento del massimale del medico prescelto).

NON ACCOGLIMENTO per le seguenti motivazioni _____

ISTANZA INCOMPLETA O INSUFFICIENTEMENTE MOTIVATA. Pregasi ripresentare istanza adeguatamente motivata e/o con tutte le indicazioni richieste.

S.O. DISTRETTO _____

N. Prot. _____

Resp. Istruttoria _____