



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 \_\_\_\_\_

**SEDE LEGALE ASUGI:** Via Costantino Costantinides, 2  
 34128 Trieste (TS) Parco di San Giovanni  
 Centralino: 040 3991111 Fax: 040 399 5113  
 C.F. e P. IVA 01337320327  
 www.asugi.sanita.fvg.it – pec: [asugi@certsanita.fvg.it](mailto:asugi@certsanita.fvg.it)