



Consegnata il:
Ufficio di:
Nome Operatore:

Azienda Socio-Sanitaria Territoriale
S.C Cure Primarie
Via Indipendenza 3
27100 PAVIA

Oggetto: *Domanda di assegnazione del medico in deroga:*

- ☐ *all'ambito distrettuale*
☐ *al massimale*

Il sottoscritto: _____ **nato a:** _____

il: _____ **in possesso della C.R.S. n.:** _____

residente nel comune di: _____ **C.A.P.** _____

Via: _____ **n.** _____ **Tel.:** _____

domiciliato nel comune di: _____ **C.A.P.** _____

Via: _____ **n.** _____ **Tel.:** _____

Indirizzo di posta elettronica a cui inviare tutte le comunicazioni relative alla richiesta (facoltativo): _____

☐ per se stesso

CHIEDE ☐ per se stesso ed i familiari di seguito elencati

☐ per i familiari di seguito elencati

cognome	nome	data di nascita	rapporto di parentela

l'autorizzazione ad avvalersi dell'opera del Dott.: _____

che svolge la propria attività nel comune di: _____

Si allega documentazione relativa alle motivazioni della richiesta.

Data _____ **Firma** _____

RISERVATO ALL'UFFICIO COMPETENTE

Si esprime parere: ☐ **FAVOREVOLE** ☐ **FAVOREVOLE PER MESI** _____ ☐ **SFAVOREVOLE**

Firma: _____

Data revisione modello **marzo 2016**

Articolo 76 D.P.R. 445/2000: "Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".

INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ex art. 13 D.Lgs. 30 giugno 2003, n.196)

In attuazione della Legge sul Trattamento dei dati personali, Vi informiamo che:

- I dati raccolti sono necessari per l'esercizio dello svolgimento della prestazione richiesta;
- Il conferimento dei dati richiesti è spontaneo e facoltativo.
- L'interessato può esercitare i diritti di cui all'art 8;
- Il Titolare del trattamento è l'ASST di Pavia, con sede in Viale Indipendenza n.3 Pavia