



## AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 5

DISTRETTO SANITARIO DI \_\_\_\_\_

Prot. n° \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

Inviare tramite l'Ufficio A.S.L. di residenza al

Comitato Aziendale Permanente  
Per la Medicina Generale  
Via Acquaregna, n. 1/15 - 00019 Tivoli (Rm)  
c.a. Segreteria Dr.ssa Rosella Palmieri  
email: comitatoaziendale.mmg@aslromag.it  
0774/701116 fax 0774/701122

SCELTA DEL MEDICO IN DEROGA ALL'OBBLIGO DI RESIDENZA (deroghe di cui all'art. 35, comma 12, ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale 23/5/2005 e s.m.i)  
**N.B. COMPILARE TUTTI I CAMPI IN MANIERA COMPLETA E IN STAMPATELLO**

Il sottoscritto	
Nato a _____	il _____
Codice fiscale _____	
Residente a _____	Via _____
Telefono _____	
Email _____	
Attualmente iscritto presso il Dr. _____	

Ai sensi della normativa vigente in tema di autocertificazione ( L. n.15/68, n.127/97, 191/98, DPR n.403/98, L. n.443/2000) e consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni dagli artt.483, 495 e 496 del codice penale

CHIEDE DI POTER

 SCEGLIERE per sé MANTENERE per i propri familiari  
anagraficamente conviventi <sup>2</sup>

Il Dott. \_\_\_\_\_

**Per i seguenti motivi**


**Elenco dei familiari <sup>2</sup>**

Cognome e nome	Cod fiscale	Data nascita	Grado di parentela

Dichiaro di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 196/2003.

IL DICHIARANTE

**PARTE DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO SCELTO IN DEROGA**

Il sottoscritto Dott. _____			
Cod. regionale n° _____	A.S.L. _____	Distretto _____	
Indirizzo studio _____		Massimale assistiti n° _____	

Ai sensi della normativa vigente in tema di autocertificazione ( L. n.15/68, n.127/97, 191/98, DPR n.403/98, L. n.443/2000) e consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni dagli artt.483, 495 e 496 del codice penale

**DICHIARA** di essere disponibile ad accettare fra i propri assistiti il richiedente e gli eventuali familiari

A CURA DELL'OPERATORE CHE RICEVE LA DOMANDA

N° ISCRITTI AL MEDICO

FIRMA OPERATORE

Timbro e Firma del medico



Prot. arrivo n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

IL COMITATO AZIENDALE PERMANENTE PER LA MEDICINA GENERALE NELLA SEDUTA  
DEL \_\_\_\_\_ ESPRIME PARERE

**FAVOREVOLE (PURCHE' IL MEDICO NON SIA MASSIMALISTA) - SUSSISTONO I  
REQUISITI DI CUI ALL'ART. 40 COMMA 10 DELL'ACN DEL 23.03.2005 E S.M.I.:**  
(barrare la motivazione)

- PROSECUZIONE DEL RAPPORTO FIDUCIARIO
- AMBITO LIMITROFO, VICINANZA ALLA RESIDENZA , MIGLIORE VIABILITA'
- GRAVI ED OBIETTIVE CIRCOSTANZE OSTACOLANO LA NORMALE EROGAZIONE  
DELL'ASSISTENZA

**NON FAVOREVOLE - NON SUSSISTONO I REQUISITI DI CUI ALL'ART. 40 COMMA 10  
DELL'ACN DEL 23.03.2005 E S.M.I.:**

**NON DI COMPETENZA** DEL COMITATO AZIENDALE IN QUANTO IL RICHIEDENTE E/O I  
FAMILIARI NON E'/SONO RESIDENTE/I NELL'AMBITO TERRITORIALE ASL ROMA 5

**NON DI COMPETENZA:** SUSSISTONO I REQUISITI DI CUI ALL'ART.40 COMMA 12  
DELL'ACN/2005 (scelta temporanea per i cittadini non residenti) – LA SCELTA PUO'  
ESSERE EFFETTUATA DIRETTAMENTE PRESSO GLI UFFICI DEL DISTRETTO IN CUI SI  
ELEGGE IL DOMICILIO PER MOTIVI DI LAVORO, STUDIO, MALATTIA (Rif. Circ. n. 1000)

**NON FAVOREVOLE** PER INCOMPLETEZZA DI DATI

**NON FAVOREVOLE** PER ALTRE MOTIVAZIONI

PER IL COMITATO

\*\*\*\*\*

Parere inviato al Distretto di \_\_\_\_\_

Con Prot. n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_