

**RICHIESTA ASSEGNAZIONE MEDICO DI MEDICINA GENERALE /
PEDIATRA DI LIBERA SCELTA IN DEROGA****Il sottoscritto/a**

(nome) _____ (cognome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____

nazionalità _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____

telefono (fisso o mobile) _____ e-mail _____

in qualità di: diretto interessato familiare altro (specificare) _____**di:**

(nome) _____ (cognome) _____ nato/a il _____

a _____ prov. _____ grado di parentela (specificare) _____

residenza (se diversa) _____ codice fiscale _____

CHIEDE

di poter scegliere per sé e per i seguenti famigliari:

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA

quale Medico di fiducia il Dott. _____ con studio in _____

per il seguente motivo:

_____**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL Reg. UE 2016/679:**

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P., Via Carlo Boggio 12 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslcn1.it

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)

Data _____ **firma (per esteso)** _____

Il sottoscrittore è identificato con documento di identità n. Data

Il dipendente addetto

All.: Accettazione Medico MODdad105

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il presente modulo serve agli assistiti che intendono richiedere l'assegnazione di un MMG/PLS in deroga. La domanda deve essere presentata al Distretto di residenza, che provvederà ad inviarla al Distretto del Medico destinatario della scelta.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

La richiesta è compilata dall'interessato (che può richiedere, sul modulo stesso, l'assegnazione in deroga di MMG/PLS per sé e per i componenti del proprio nucleo familiare) o, in alternativa, dai soggetti sotto indicati:

- genitore esercente la potestà – tutore - interessato con assistenza del curatore - coniuge, figlio o altro parente in linea diretta fino al 3° grado per impedimento temporaneo per motivi di salute

MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo può essere:

- Consegnato allo Sportello centrale o periferico multifunzionale e sottoscritto dall'interessato in presenza del dipendente addetto*, ovvero sottoscritto e presentato unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art 38, comma 3 DPR 445/2000)
- firmato e spedito per posta, da PEC o da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it, allegando fotocopia di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore*
- firmato digitalmente dal sottoscrittore e trasmesso all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it*

Avvertenze

- Si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione

DOCUMENTI DA ALLEGARE

Accettazione MMG/PLS (MOD_{DAD}105)
Eventuale documentazione ritenuta utile

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

Il Distretto territorialmente competente, acquisito il parere dell'UMAD, provvede ad informare della decisione il Distretto del Medico destinatario della scelta, comunicando altresì per iscritto la decisione all'utente interessato.

Nel caso in cui il richiedente desideri avere riscontro tramite invio telematico ma non disponga di indirizzo Pec, le modalità di trasmissione dovranno essere preventivamente concordate con la Struttura di competenza, che, in caso di trasmissione di dati sensibili, dovrà tener conto anche delle disposizioni del DPCM 08.08.2013

TEMPO DI RISPOSTA:

30 gg. Dalla data del parere dell'UMAD - Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito www.aslcn1.it

RIFERIMENTI

Distretti	https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/distretti-sanitari/isciversi-al-sistema-sanitario-nazionale
-----------	---