

ACCETTAZIONE DEL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____

Medico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta

operante nel Distretto _____ dell'ASL CN1

Ambito Territoriale _____

AFT _____

DICHIARA

la propria disponibilità ad assistere il/la Sig/Sig.ra _____

nato/a il _____, a _____

residente/domiciliato a _____

per richiesta scelta in deroga.

Si impegna con la presente a garantire tutte le prestazioni previste dal vigente A.C.N.

data _____

firma _____

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il presente modulo serve agli assistiti che intendono richiedere l'assegnazione di un Medico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta facente parte di un ambito territoriale diverso da quello di residenza/domicilio.

Per la scelta in deroga tale modulo deve essere allegato anche alla domanda redatta sul modulo MOD_{DAT}118.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Il Medico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta.

MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo deve essere consegnato allo Sportello centrale o periferico multifunzionale per l'assegnazione del Medico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta oppure in caso di scelta online allegato alla richiesta.

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

Per la scelta fuori ambito lo sportello procede automaticamente all'iscrizione previa acquisizione dell'accettazione da parte del medico interessato. In caso di modalità online la scelta non è immediata in quanto necessita di validazione da parte dell'operatore di sportello.

TEMPO DI RISPOSTA:

Immediato allo sportello.

RIFERIMENTI

Distretti	https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/il-medico-di-famiglia
-----------	---