

Trieste, _____

Alla S.C. Gevap - Coordinamento Gestione
Convenzioni Medicina Generale e Specialistica
via Farneto 3
34100 Trieste

Oggetto: richiesta iscrizione in deroga alla residenza

Il/La sottoscritto/a _____, nato a _____, il _____, CRA _____

chiede

L'iscrizione in deroga alla residenza, (art. 40 dell'A.C.N. dei Medici di Medicina Generale - art. 39 dell'ACN dei Pediatri di Libera Scelta) nelle liste del dott. _____,

Medico convenzionato con codesta Azienda per:

- se stesso
 i propri familiari o soggetti anagraficamente conviventi (specificare i nominativi) _____

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 (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 dell'assistito)

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 richiedente nelle proprie liste.

(firma e timbro)

ACCOGLIMENTO

(La S.V. è invitata pertanto a recarsi con il corrente modulo presso il Distretto per formalizzare l'iscrizione. Si precisa che l'autorizzazione è subordinata alla verifica, da effettuarsi al momento di presentazione presso il distretto di competenza, del non superamento del massimale di iscrizione 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.C. GEVAP
Coordinamento Gestione del Personale
Referente per la medicina Convenzionata
dott. Giovanni Maria FARINA

Resp. Istruttoria: _____