

**PRIMA ISCRIZIONE MEDICO O PEDIATRA DI FAMIGLIA
PER RESIDENTI NEI COMUNI DI BRESSO, CINISELLO BALSAMO, COLOGNO MONZESE, CORMANO,
CUSANO MILANINO, SESTO SAN GIOVANNI**

Inviare a

sceltarevoca.bresso@asst-nordmilano.it

sceltarevoca.ciniseello@asst-nordmilano.it

sceltarevoca.cologno@asst-nordmilano.it

sceltarevoca.cormano@asst-nordmilano.it

sceltarevoca.cusano@asst-nordmilano.it

sceltarevoca.sesto@asst-nordmilano.it

con gli allegati richiesti. La risposta avverrà via mail non prima di 7 giorni lavorativi.

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

Nato/a a _____ provincia di _____ il _____
(luogo)

cittadinanza _____ Residente a _____ prov. _____ cap. _____
(luogo)

In via _____ C.F. _____
(indirizzo)

Telefono _____ e-mail _____

CHIEDE

per sé e/o ai propri familiari sotto indicati, anagraficamente facenti parte del medesimo nucleo familiare:

Cognome e Nome	Data di nascita	Codice Fiscale

la scelta del medico/pediatra di famiglia secondo la preferenza di seguito elencata:

1) Dottor _____

2) Dottor _____

3) Dottor _____

Luogo e data _____ Firma _____

L'attribuzione del medico/pediatra di famiglia è subordinata alla disponibilità di posti liberi.

Allegati OBBLIGATORI: fotocopia di un documento d'identità, copia Carta Regionale dei servizi (tessera sanitaria) ed eventuale permesso di soggiorno di tutti i richiedenti.
In mancanza degli allegati non si procederà all'evasione della richiesta.

Informativa, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs n. 196/2003 e Regolamento U.E. n. 679/2016: i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Artt. 5 e 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)
RESA DAL GENITORE O DAL TUTORE
MINORI

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

Nato/a a _____ provincia di _____ il _____
(luogo)

cittadinanza _____ Residente a _____ prov. _____ cap. _____
(luogo)

In via _____ C.F. _____
(indirizzo)

Telefono _____ e-mail _____

in qualità di:

- genitore** munito della potestà (barrare una delle caselle sotto elencate):
- o congiunta con il coniuge/altro genitore che è a conoscenza dell'attuale istanza, con attestazione della insussistenza di impedimenti al rilascio della presente autocertificazione;
 - o in via esclusiva;
- tutore** (indicare gli estremi del provvedimento di nomina alla tutela _____)

di (cognome e nome) _____
nato a _____ il _____ residente a _____ in Via
_____ n. _____ cap _____

di (cognome e nome) _____
nato a _____ il _____ residente a _____ in Via
_____ n. _____ cap _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

di voler effettuare:

- SCELTA DEL MEDICO DI BASE/PEDIATRA DI FAMIGLIA

a favore del/i minore/i sopraindicato/i.

Informativa, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs n. 196/2003 e Regolamento U.E. n. 679/2016: i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

IL DICHIARANTE

Luogo e data _____

INFORMAZIONI

NECESSITA' OCCASIONALI DI ASSISTENZA MEDICA

Nel caso in cui il cittadino si trovi occasionalmente nel territorio di una ATS diversa da quella di residenza per un periodo inferiore a tre mesi o per un periodo superiore ma legato a motivi diversi da quelli riportati nella domanda, non è possibile procedere all'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale nella ATS di temporanea dimora.

Per problematiche sanitarie non differibili, il cittadino può rivolgersi a:

- ✓ un **medico o pediatra di famiglia** che svolga la sua attività sul territorio, richiedendo una "visita occasionale" ambulatoriale o domiciliare, con pagamento della visita.

Presentando la ricevuta del pagamento alla propria ATS/ASL di residenza, il cittadino ha diritto al rimborso di:

- Prestazione del Medico di famiglia: €.15,00 per visita ambulatoriale e €.25,00 per visita domiciliare
- Prestazione del Pediatra di famiglia: €.25,00 per visita ambulatoriale e €.35,00 per visita domiciliare

L'elenco dei Medici di Medicina generale e dei Pediatri di famiglia è esposto negli Uffici di Scelta e Revoca territoriali e sul sito di ATS <https://www.ats-milano.it/portale/Cerca-medico-o-pediatra>

Per informazioni consultare il sito di ATS Milano Città Metropolitana <https://www.ats-milano.it/portale>