

Area Distrettuale SANGRO-AVENTINO  
MODELLO PER SCELTA MEDICO

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ C. F. \_\_\_\_\_

nat\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Sceglie il dr. \_\_\_\_\_ o in alternativa il dr \_\_\_\_\_

Per il figlio minore \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Per ricongiungimento del nucleo familiare con (persone con stessa residenza):

sig: \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Coniuge     Convivente     Genitore ( scelta per figlio convivente)

**Si allega copia del documento d'identità e del retro della tessera sanitaria.**

data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Inviare la presente richiesta , debitamente compilata, **in unico file in formato pdf (no foto)**, al seguente indirizzo e-mail (**NO PEC**):

[sceltaerevoca.atessa@asl2abruzzo.it](mailto:sceltaerevoca.atessa@asl2abruzzo.it)

**Si chiede di indicare una seconda opzione** in quanto per alcuni medici sono possibili un numero limitato di scelte solo per ricongiungimento del nucleo familiare ovvero per coniuge, figlio e convivente, no fratelli o genitori anche se conviventi. Le predette richieste saranno soggette a verifica e potranno essere assegnate entro il limite previsto da contratto. Le richieste verranno lavorate nel più breve tempo possibile ed in ordine cronologico. Pertanto si chiede di inoltrare la richiesta ad un solo indirizzo e-mail e attendere di essere ricontattati . **N.B. le richieste incomplete (prive di: firma, indicazione del medico, c.f., familiare e grado di parentela in caso di ricongiungimento del nucleo familiare, telefono) o formate diversi dal PDF, non potranno essere evase.**

**Per effettuare l'operazione con l'addetto nella sede del Centro Servizi di Atessa, chiamare dalle 12.00 alle 13.00 al seguente numero 0872865646 selezionando l'interno 5.**

ESENZIONI CON E-MAIL PER PATOLOGIA /INVALIDITA'

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_

Nat \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

CHIEDE IL RILASCIO DELL'ESENZIONE PER LA PATOLOGIA/INVALIDITA'  
RIPORTATA NELLA CERTIFICAZIONE ALLEGATA

PRESTA IL CONSENSO  NEGA IL CONSENSO |

per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

PRESTA IL CONSENSO  NEGA IL CONSENSO |

per la comunicazione dei dati ai soggetti indicati nell'informativa.  
(nel caso in cui sia prevista anche la comunicazione dei dati sensibili dell'interessato)

PRESTA IL CONSENSO  NEGA IL CONSENSO |

per la diffusione dei dati nell'ambito indicato nell'informativa.  
(nel caso in cui sia prevista anche la diffusione dei dati sensibili diversi da quelli idonei a rivelare lo stato di salute dell'interessato; questi ultimi, infatti, non possono essere diffusi).

**Allega copia della certificazione o verbale d'invalidità, documento d'identità e tessera sanitaria.**

Firma leggibile \_\_\_\_\_

**Inviare la presente richiesta , unitamente alla certificazione specialistica o lettera di dimissione o verbale d'invalidità, in unico file in formato pdf (no foto), al seguente indirizzo e-mail (NO PEC):**

[seltaerevoca.atessa@asl2abruzzo.it](mailto:seltaerevoca.atessa@asl2abruzzo.it)

**Le esenzioni per reddito E01-E03-E04 sono state prorogate fino al 31/03/2022 e già in inviate in elenco ai medici per i propri assistiti.**

**Nel caso al medico non risulti l'esenzione, o qualora si tratti di nuova richiesta, l'interessato dovrà richiedere un appuntamento telefonando dalle 12.00 alle 13.00 al n. 0872-865646 interno 5.**