

Trieste/Trst _____

Mod. A/Obrazec A

Al

- S.O. Distretto 1 / Okrožje 1
- S.O. Distretto 2 / Okrožje 2
- S.O. Distretto 3 / Okrožje 3
- S.O. Distretto 4 / Okrožje 4

Gestione Servizi Amministrativi

Sede /Služba za upravljanje

administrativnih storitev-sedež

Oggetto: richiesta iscrizione in deroga alla residenza/vloga za vpis v seznam pacientov zdravnika ne glede na stalno prebivališče

Il sottoscritto/**Podpisani_a** _____ genitore o tutore/**starš ali skrbnik** (indicare gli estremi del provvedimento in qualità di tutore/**navedite številko upravne odločbe**) del minore/**mladoletnika_ce** _____, nato a/**kraj rojstva** _____ il/**datum rojstva** _____, C.F./**davčna številka** _____, residente in/**stalno prebivališče** _____ via/piazza/**ul._trg** _____, n./**št.** _____ tel./**tel.št.** _____

chiede/prosim

l'iscrizione in deroga alla residenza, (art. 39 dell'ACN dei Pediatri di Libera Scelta) nelle liste del dott. _____ Medico convenzionato con codesta Azienda/**za vpis v seznam pacientov zdravnika** _____ **s koncesijo, sklenjeno z zdravstvenim podjetjem ASUGI, ne glede na stalno prebivališče (39. člen Nacionalne kolektivne pogodbe za pediatrie):**

la richiesta è motivata da/**obrazložitev zahteve:**

- prosecuzione del rapporto fiduciario da parte dell'assistito oppure la scelta è o diventa obbligata (specificare le motivazioni)/**želja pacienta po nadaljevanju zaupnega razmerja z osebnim zdravnikom oziroma izbira je ali se je izkazala kot edina mogoča (navedite razloge)**

- residenza in ambito limitrofo a quello del medico scelto, purché afferente alla stessa ASUGI (specificare le ragioni di vicinanza o di migliore viabilità che consentono di accedere più agevolmente allo studio medico)/**stalno prebivališče v bližini izbranega zdravnika, pod pogojem, da je slednji zaposlen pri zdravstvenem podjetju ASUGI (navedite če je razlog bližina ali boljša dostopnost do zdravnikove ordinacije).**

- altre motivazioni gravi ed obiettive che ostacolano la normale erogazione dell'assistenza (specificare)/**drugi resni in objektivni razlogi, ki ovirajo redno zagotavljanje zdravstvene oskrbe (navedite razloge).**

Distinti saluti/**Lep pozdrav**

(firma del richiedente/**podpis prosilca_ke**)

Il riscontro verrà inviato tramite e-mail all'indirizzo/**Odgovor boste prejeli po e-pošti na naslov:**

Oppure indicare la residenza/**ali na naslov stalnega prebivališča:**

Il/La sottoscritto/a dott./**Podpisani_a dr.** _____, Medico convenzionato con codesta Azienda, dichiara di accettare l'iscrizione dell'assistito, le cui generalità sono sopra riportate, nelle proprie liste/**zdravnik_ca s koncesijo, sklenjeno s podjetjem ASUGI, izjavljam, da v svoj seznam sprejemam pacienta, čigar osebni podatki so navedeni zgoraj.**

 ACCOGLIMENTO/SPREJETJE

Si precisa che l'autorizzazione è subordinata alla verifica, da effettuarsi al momento dell'iscrizione, del non superamento del massimale del medico prescelto/Upoštevajte, da je pogoj za odobritev preverjanje, ki se opravi ob vpisu, da se ne preseže maksimalno število uporabnikov izbranega zdravnika.

NON ACCOGLIMENTO per le seguenti motivazioni/**ZAVRNITEV (iz spodaj navedenih razlogov)**

 ISTANZA INCOMPLETA O INSUFFICIENTEMENTE MOTIVATA. Pregasi ripresentare istanza adeguatamente motivata e/o con tutte le indicazioni richieste/**NEPOPOLNA ALI NEUTEMELJENA VLOGA. Vlogo ponovno vložite z ustreznou obrazložitvijo oz.dopolnjeno z vsemi zahtevanimi informacijami.**

S.O. DISTRETTO/**OKROŽJE**

N. Prot./**Zap. št.** _____

Resp. Istruttoria/**Uradna oseba za ugotovitveni postopek** _____