



Distretto di

RICHIESTA DI SCELTA IN DEROGA ALL'AMBITO

AL COMITATO CONSULTIVO AZIENDALE DEI PEDIATRI DI L.S.

a cura dell'Utente

__ I __ sottoscritt__ _____ nat__ il _____

a _____ residente a _____ in via _____

n° _____ Tel. n° _____ Codice fiscale _____

chiede il parere favorevole di codesto Comitato affinché, in deroga al principio in oggetto specificato, possa scegliere quale medico di fiducia il Dr. _____

per se ed/o i seguenti familiari:

1. _____ nato a _____ il _____ Rel. Parentela _____

2. _____ nato a _____ il _____ Rel. Parentela _____

3. _____ nato a _____ il _____ Rel. Parentela _____

_____ li _____ firma _____

Indicare a quale dei seguenti principi si fa riferimento per giustificare la richiesta di scelta in deroga all'ambito

- trattasi di scelta obbligata
- sussistono condizioni di vicinanza o viabilità
- sussistono circostanze che ostacolano l'assistenza
- altri

Specificare _____

(obbligatorio specificare)

a cura del Pediatra scelto

Il Dr. _____ incluso negli elenchi dei medici Pediatri dell'ambito

di _____ Distretto di _____ con codice regionale N° _____

ed ambulatorio in _____ via _____

dichiara di accettare la scelta di cui alla presente istanza.

_____ li _____ firma o timbro del medico _____