

DOMANDA DI SCELTA DEL PEDIATRA IN DEROGA ALLA NORMATIVA GENERALE

DISTRETTO SANITARIO DI _____

**AL COMITATO AZIENDALE
PER LA PEDIATRIA
ASUIUD
Via Manzoni, 5 33100 UDINE**

Il sottoscritto _____ (genitore del minore o altro legale rappresentante) nato il
_____ residente a _____

in Via _____ n. _____ telefono _____

n. tessera sanitaria _____

IN NOME E PER CONTO DEL / I PROPRIO / I FIGLIO / I SOTTOINDICATO / I

Nome e Cognome _____ data di nascita _____ n. tessera sanitaria _____

residente/ i a _____ in via _____ n° _____

attualmente iscritto / i nell'elenco degli assistiti del Dott. _____

C H I E D E

Che a favore del/ i proprio/ i figlio/ i venga autorizzata la scelta in deroga alle norme vigenti, nei confronti del Dott. _____ iscritto nell'elenco del Comune di _____

Tale richiesta viene avanzata per uno dei seguenti motivi previsti dalla normativa vigente:

- _____ Non è possibile scegliere altro medico nell'ambito comunale;
- _____ L'abitazione del sottoscritto gravita su una zona limitrofa o di migliore viabilità con il Comune in cui opera il medico richiesto;
- _____ La normale erogazione dell'assistenza da parte del medico o dei medici iscritti nell'elenco del Comune, risulta ostacolata per le seguenti gravi ed obiettive circostanze:

SI ALLEGA LA DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE RILASCIATA DAL MEDICO RICHIESTO

Data _____

Firma del Genitore _____

Il comitato Aziendale per la Pediatria nella seduta del _____ ha ritenuto di

- _____ ACCOGLIERE
 - _____ NON ACCOGLIERE la
- domanda per il seguente motivo _____

VISTO il Comitato Aziendale.

Il presente modulo deve essere consegnato presso gli Uffici Anagrafe Sanitaria del Distretto Sanitario di appartenenza