

	<b>AUTORIZZAZIONE ALLA SCELTA DEL PEDIATRA DI ALTRA ULSS IN DEROGA ALLA RESIDENZA</b> DISTRETTO PADOVA BACCHIGLIONE, DISTRETTO PADOVA COLLI, DISTRETTO PADOVA PIOVESE, DISTRETTO ALTA PADOVANA, DISTRETTO PADOVA SUD  UOS Servizi amministrativi distrettuali	04.22.00	Rev.00 del 01/09/2022
			Pag. 1 di 1

### AUTORIZZAZIONE ALLA SCELTA DEL PEDIATRA DI ALTRA ULSS IN DEROGA ALLA RESIDENZA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
 in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
 Tel./Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

#### CHIEDE DI ESSERE AUTORIZZATO A

- scegliere  
 mantenere

Quale pediatra per i propri figli:

\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

Il dr. \_\_\_\_\_, iscritto nell'elenco dei medici convenzionati del Comune di \_\_\_\_\_ con ambulatorio sito in via \_\_\_\_\_

PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI (barrare con una crocetta il motivo):

- prosecuzione del rapporto di fiducia  
 non è assicurata la possibilità di scelta  
 ragioni di vicinanza  
 gravi ed obiettive circostanze \_\_\_\_\_

Note:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_  
 Firma Luogo Data

#### Da compilare a cura del Pediatra:

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ è disponibile ad accettare la scelta in suo favore che il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ intende effettuare per i propri figli sopra indicati.

\_\_\_\_\_ Data Timbro e firma del pediatra

*I trattamenti dei dati personali, nell'ambito delle attività dello sportello on line, avvengono con le modalità descritte nell'informazione ai sensi dell'art. 13 e 14 del regolamento europeo (UE 2016/679), pubblicate nel portale aziendale (<https://www.aulss6.veneto.it/Privacy>).*