



www.aulss6.veneto.it – P.E.C.: protocollo.aulss6@pecveneto.it

Via Enrico degli Scrovegni n. 14 – 35131 PADOVA

Cod. Fisc. / P. IVA 00349050286

U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SCELTA DEL MEDICO DI FAMIGLIA DI ALTRA ULSS
IN DEROGA ALLA RESIDENZA**

Il sottoscritto _____ nato il _____ residente
a _____ in via _____ n: _____
Cod. Fisc. _____ Tel: _____
e-mail _____ (compilare se si desidera ricevere la risposta via EMAIL)

CHIEDE DI ESSERE AUTORIZZATO A:
 scegliere mantenere

quale medico di fiducia per sé e per i propri famigliari:

_____	nato il _____	n. cod. CIS _____
_____	nato il _____	n. cod. CIS _____
_____	nato il _____	n. cod. CIS _____
_____	nato il _____	n. cod. CIS _____
_____	nato il _____	n. cod. CIS _____

Il Dr. _____, iscritto nell'elenco dei medici convenzionati del Comune di _____ con ambulatorio sito in _____.

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

- prosecuzione del rapporto di fiducia;**
- al sottoscritto non è assicurata di fatto la possibilità di scelta**, in quanto: _____

- ragioni di vicinanza / migliore viabilità**, in quanto: _____

- gravi ed obiettive circostanze:** _____

_____, li _____ data
Firma _____ luogo _____

Da compilare a cura del medico di famiglia:

Il sottoscritto Dr. _____ dichiara la propria disponibilità ad accettare la scelta in suo favore che il Sig. _____ intende effettuare per sé e per i propri famigliari sopra indicati, sussistendo le motivazioni indicate nella domanda, purchè ci siano posti disponibili.

_____ timbro e firma del medico
Data _____