



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 PEDIATRA 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 Pediatra di famiglia per i propri figli:

_____	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 Pediatra di Libera Scelta del Comune di \_\_\_\_\_  
con ambulatorio sito in \_\_\_\_\_.

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

- non è assicurata di fatto la possibilità di scelta**, in quanto: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ragioni di vicinanza / migliore viabilità**, in quanto: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- gravi ed obiettive circostanze**: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_  
luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

*Da compilare a cura del medico Pediatra:*

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ dichiara la propria disponibilità ad accettare la  
scelta in suo favore che il Sig. \_\_\_\_\_ intende effettuare per i propri figli sopra  
indicati, sussistendo le motivazioni indicate nella domanda, purché ci siano posti disponibili.

\_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ timbro e firma del medico \_\_\_\_\_

Versione 04 – settembre 2019

SCELTA IN DEROGA PLS 2019

**Segreteria:**

Tel. 049/9424247 Fax 049/9424253 e-mail: convenzioni@aulss6.veneto.it