

AL COMITATO AZIENDALE DELL'U.L.S.S. n° 17  
PER LA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA  
Via G. Marconi, 19  
35043 MONSELICE (PD)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

chiede di essere autorizzato, a norma di quanto previsto dall'art. 39 dell'ACN per la Pediatria di Libera Scelta, reso esecutivo con Intesa Stato/Regioni n. 94/CSR del 29.07.2009, a scegliere quale pediatra di fiducia per i seguenti figli minori:

\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ tess. sanit. n° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ tess. sanit. n° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ tess. sanit. n° \_\_\_\_\_

il Dott. \_\_\_\_\_ iscritto nell'elenco dei pediatri

convenzionati del Distretto di \_\_\_\_\_ con ambulatorio

nel Comune di \_\_\_\_\_.

La presente richiesta é motivata:

1. dal fatto che l'ambulatorio più vicino di un pediatra iscritto nell'elenco del Distretto di residenza dista circa Km. \_\_\_\_\_ dalla propria abitazione, mentre l'ambulatorio del Dott. \_\_\_\_\_ dista soltanto Km. \_\_\_\_\_;
2. dal fatto che gli ambulatori dei pediatri iscritti nell'elenco del Distretto di residenza non sono facilmente raggiungibili dall'abitazione del sottoscritto in quanto \_\_\_\_\_ mentre l'ambulatorio del Dott. \_\_\_\_\_ si raggiunge più facilmente perché \_\_\_\_\_;
3. dal fatto che alla normale erogazione dell'assistenza da parte dei pediatri iscritti nell'elenco del Distretto di residenza si frappongono gravi ed obiettive circostanze rappresentate da: \_\_\_\_\_.
4. dal fatto che il pediatra richiesto ha già in cura un altro soggetto in età pediatrica dello stesso nucleo familiare (cognome e nome) \_\_\_\_\_.

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

\_\_\_\_\_  
firma

Informativa dell'Azienda ULSS n. 17 ai sensi dell'art. 13 del Dlgs n. 196/2003: i dati sopra riportati verranno utilizzati esclusivamente ai fini del procedimento per il quale sono richiesti.

Consenso (art. 23 Dlgs n. 196/2003): preso atto dell'informativa esprimo il mio consenso al trattamento dei dati di cui sopra, anche sensibili, ai soli fini del procedimento per il quale sono stati richiesti e verranno utilizzati.

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

\_\_\_\_\_  
firma

=====

IL SOTTOSCRITTO DOTT. \_\_\_\_\_ DICHIARA  
LA PROPRIA DISPONIBILITÀ AD ACCETTARE LA SCELTA CHE, SUBORDINATAMENTE A  
QUANTO IN MERITO VERRÀ DECISO DAL COMITATO AZIENDALE DELL'U.L.S.S. n° 17, IL  
SIG. \_\_\_\_\_ INTENDE EFFETTUARE PER  
IL/I MINORE/I SUL RETRO INDICATO/I.

\_\_\_\_\_

luogo e data

\_\_\_\_\_

timbro e firma del medico

=====

COMITATO AZIENDALE DELL'U.L.S.S. n° 17

QUESTO COMITATO NELLA SEDUTA DEL \_\_\_\_\_  
VISTO L'ART. 39 DELL'A.C.N. PER LA PEDIATRIA DI L.S., ESAMINATI I MOTIVI  
ADOTTI NELLA PRESENTE DOMANDA,

**ESPRIME IL PARERE DI**

ACCOGLIERE

\_\_\_\_\_ LA RICHIESTA AVANZATA DAL SIG. \_\_\_\_\_

NON ACCOGLIERE

ESTE, li \_\_\_\_\_

IL SEGRETARIO

IL PRESIDENTE