

AL COMITATO AZIENDALE DELL'U.L.S.S. n° 17
PER LA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
Via Albere, 30
35043 MONSELICE (PD)

Il sottoscritto _____ nato il _____

residente nel Comune di _____

in via _____ n° _____, tel. _____

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 perchè _____;
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 DISPONIBILITA' AD ACCETTARE LA SCELTA CHE, SUBORDINATAMENTE
A QUANTO IN MERITO VERRA' 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

ii _____

IL SEGRETARIO

IL PRESIDENTE