



Distretto di _____

RICHIESTA DI SCELTA IN DEROGA ALL'AMBITO

Al Comitato Aziendale:
(Specificare)di Medicina Generale di Pediatria

A cura dell'Utente

I sottoscritt _____ nat. il _____

a _____ Codice fiscale _____

residente a _____ in via _____ n. _____

domiciliato a _____ in via _____ n. _____

tel. n° _____ e-mail _____

tenuto conto della disponibilità del medico (vedi dichiarazione sottoscritta dallo stesso di seguito riportata) chiedo per me e/o per i familiari conviventi e/o per i figli minorenni per i quali esercito la potestà genitoriale, sotto elencati,

Cognome e Nome	Data di nascita	Codice fiscale	Parentela

che, in deroga alle vigenti disposizioni in materia di ambito territoriali di scelta, venga autorizzata l'iscrizione dei sopraelencati nominativi nell'elenco degli assistiti del dr. _____

con studio medico presso il Comune di _____, per la seguente motivazione:

(biffare la motivazione)

- trattasi di scelta obbligata
- sussistono condizioni di vicinanza o viabilità
- sussistono circostanze che ostacolano l'assistenza
- prosecuzione rapporto di fiducia
- nota: se parenti del medico solo per nonni, genitori, fratelli, figli e nipoti (figli dei figli)*

Specificare le motivazioni _____

L. 17/11/2001

FIRMA DEL DICHIARANTE _____