

	Allegato n° 5 alla PQA 1189 – “Sportelli polifunzionali – gestione istanze cittadini e modulistica” Sistema Gestione Qualità Aziendale	MOD 1307 Rev. n 1 del 06/12/2021 Pag. 1/1
	SCelta A FAVORE DI PEDIATRA CONVENZIONATO IN UN DISTRETTO DIVERSO DA QUELLO DI RESIDENZA	

Il/la sottoscritto/a _____ nato il _____
 tel. _____ residente a _____ in Via/P.zza _____
 n° _____
 e mail _____

(identificato tramite documento n. _____ rilasciato da _____
 scadenza _____)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R.445 del 28/12/2000

dichiara

- di essere esercente la responsabilità genitoriale di _____ nato/a il _____
 e di _____ nato/a il _____
 e di _____ nato/a il _____

e di esprimere la presente richieste di comune accordo con l'altro genitore ex art. 337 ter c.c ovvero in conformità a disposizione di legge o a provvedimenti dell'autorità giudiziaria

- di essere tutore/curatore/amministratore di sostegno di _____
 e che la presente richiesta rientra nello svolgimento dei propri compiti

e chiede

di poter scegliere per il/i minori sopra indicati il Dr. _____

Pediatra di Libera Scelta iscritto nel Comune di _____ per il seguente motivo:

- Maggiore vicinanza/miglior viabilità della propria abitazione allo studio del medico
- Stabile domiciliato a _____ in Via _____
- altro _____

_____ (data) _____ (l'interessato)

Per pratica via e mail indirizzare a sceltarevocamedico@asl2.liguria.it e allegare documento di identità del richiedente

PER ACCETTAZIONE

Dr/Dr.ssa. _____ COD. REG. _____

In attesa del parere del Comitato è possibile perfezionare la scelta solo nel caso di stabile domicilio o maggior vicinanza.

In caso di parere negativo del Comitato la scelta verrà chiusa.