

All'Azienda Ulss 5 Polesana

PEI [protocollo@aulss5.veneto.it](mailto:protocollo@aulss5.veneto.it)

**DOMANDA DI SCELTA IN DEROGA DEL MEDICO - PLS - IN AMBITO TERRITORIALE  
DIVERSO DA QUELLO DEL DISTRETTO DI RESIDENZA DELL'AZIENDA ULSS 5 POLESANA**

(da trasmettere via e-mail allegando copia del Documento di Identità e della Tessera Sanitaria all'indirizzo [protocollo@aulss5.veneto.it](mailto:protocollo@aulss5.veneto.it) )

Il/La sottoscritto/a, \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di genitore/tutore del/i minore/i:

1) \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_  
4) \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_

con la presente,

**CHIEDE**

L'autorizzazione alla scelta del dr./dr.ssa \_\_\_\_\_

Pediatra/MMG dell'Azienda Ulss/Usl \_\_\_\_\_

- o Per il/i minore/i sopraindicato/i

**AUTORIZZA** l'Azienda Ulss 5 Polesana a trasmettere il documento che attesta il medico assegnato al seguente indirizzo di:

posta elettronica: \_\_\_\_\_

via posta all'indirizzo \_\_\_\_\_

Oppure di ritirarla personalmente o da persona delegata \_\_\_\_\_

(in questo caso si ricordi di compilare il modulo di delega allegando copia di un documento di identità del delegante)

**CONSAPEVOLE CHE** le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa. L'Azienda Ulss 5 Polesana effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

Il sottoscritto, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, **AUTORIZZA** il trattamento e la comunicazione dei dati che lo riguardano, ai soli fini del procedimento richiesto e per cui è stata resa la suddetta dichiarazione.

**Il/la sottoscritto/a è consapevole che in assenza di posti disponibili la richiesta non potrà essere accolta.**

Il/La sottoscritto/a, impegnandosi a manlevare e tenere indenne Azienda ULSS 5 Polesana da qualsiasi conseguenza pregiudizievole (sanzionatoria o risarcitoria) derivante da dichiarazioni non corrispondenti a verità, **DICHIARA** di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
(allegare copia di un documento di identità del dichiarante)

E' necessario raccogliere l'accettazione del medico che si intende scegliere che compilerà la parte sottostante.

**SPAZIO RISERVATO PER L'ACCETTAZIONE DEL MEDICO RICHIESTO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Accetto di assistere \_\_\_\_\_

E i suoi familiari \_\_\_\_\_

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

---

Spazio riservato all'ufficio

- ESISTONO I PRESUPPOSTI
- NON ESISTONO I PRESUPPOSTI
  - Manca firma accettazione del medico
  - Manca disponibilità in AUR

Data \_\_\_\_\_ Firma dell'Operatore \_\_\_\_\_