

All'Azienda Ulss 5 Polesana

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

**RICHIESTA DI ASSEGNAZIONE IN DEROGA DI UN PEDIATRA O MEDICO DI MEDICINA  
GENERALE OPERANTE IN COMUNI LIMITROFI DI AZIENDA ULSS O REGIONE DIVERSA DA  
QUELLA DI RESIDENZA**

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 \_\_\_\_\_

- Per il/i minore/i sopraindicato/i

Per uno dei seguenti motivi: **(ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000)**

- Prosecuzione del rapporto fiduciario \_\_\_\_\_

- Comune limitrofo (indicare)

\_\_\_\_\_

- DICHIARO che attualmente mi assiste il dr./dr.ssa

\_\_\_\_\_

**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 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

PARERE DEL DIRETTORE UOC DAT

- FAVOREVOLE-ESISTONO I PRESUPPOSTI AMMINISTRATIVI
- NON FAVOREVOLE- NON ESISTONO I PRESUPPOSTI AMMINISTRATIVI

Data \_\_\_\_\_ Firma del Direttore UOC DAT \_\_\_\_\_