

**DOMANDA PER LA SCELTA IN DEROGA
 DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (PLS)**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

domiciliato a _____ in via _____ n. _____

C.F. _____ cittadinanza _____

E-mail _____ Tel./Cell. _____

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace o comunque non corrispondente al vero, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000;

**CHIEDE
 di scegliere il Pediatra di Libera Scelta (PLS):**

Dr. _____

con Ambulatorio nel Comune di _____ Azienda ULSS n. _____

al posto del Pediatra di Libera Scelta (PLS):

Dr. _____

con Ambulatorio nel Comune di _____ Azienda ULSS n. _____

per il/i seguente/i figlio/i per il/i quale/i DICHIARA di esercitare la responsabilità genitoriale:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale	N. Tessera Sanitaria Regionale

La domanda è presentata per le seguenti motivazioni:

- Evidenti e obiettive ragioni di vicinanza e viabilità: _____;
- Non vi sono altri PLS con posti disponibili, da scegliere nell'ambito territoriale;
- Altri motivi (*specificare*) _____

Allegati:

1. Documento d'identità del richiedente;
2. Codice Fiscale del richiedente.

Data _____

Firma del richiedente _____
 Il genitore richiedente dichiara che l'altro genitore condivide le finalità della presente richiesta.

Dichiarazione del Pediatra di Libera Scelta (PLS)

Il sottoscritto PLS accetta come propri assistiti le persone elencate nella presente domanda.

Data _____ Timbro e firma del Pediatra di Libera Scelta _____
 N.B. La sottoscrizione per accettazione del PLS, che ha superato il massimale di iscritti, implica come da convenzione la contemporanea cancellazione di un soggetto tredicenne.