|  |
| --- |
| Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto  ULSS_8_logo  **AZIENDA ULSS N. 8 BERICA**  Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA  COD. REGIONE 050–COD. U.L.SS.508 COD.FISC. E P.IVA 02441500242–Cod. iPA AUV  **UOC Direzione Amministrativa Territoriale**  **dat@aulss8.veneto.it - www.aulss8.veneto.it** |

|  |
| --- |
| **RICHIESTA DI SCELTA O CAMBIO**  **DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (PLS)** |

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(Art. 2, L. 04/01/1968 n.15; Art. 1 D.P.R. 20/10/1998 n. 403; Artt. 46-47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)**

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;

**DICHIARA**

**di essere genitore e di esercitare la responsabilità genitoriale del figlio/i sotto indicato/i**

**E CHIEDE**

**l’assegnazione del Pediatra di Libera Scelta (PLS)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (specificare cognome e nome PLS individuato)  *oppure*  **l’assegnazione del Pediatra di Libera Scelta (PLS) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (specificare cognome e nome PLS individuato, in caso di indisponibilità di posti da parte del primo medico scelto)  tra i pediatri disponibili per il/i figlio/i:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | *Cognome* | *Nome* | *Luogo e data di nascita* | *N. Tessera Sanitaria Regionale* | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |
|  |

|  |
| --- |
| Allegati:   1. Documento d’identità del richiedente |

Data Firma del richiedente

*Il genitore richiedente dichiara che l’altro genitore condivide le finalità della presente richiesta.*