

**DOMANDA PER LA SCELTA IN DEROGA DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (PLS),  
DA PARTE CITTADINI ITALIANI CON DOMICILIO E RESIDENZA  
IN AZIENDA ULSS 8 BERICA**

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.