SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE VENETO
AZIENDA U.L.SS. N. 4 "ALTO VICENTINO"
Via Rasa n. 9 - 36016 THIENE – Tel. 0445/389111 - Fax 0445/370457
Codice U.L.SS. 050/004 - c.f. e p.i. 00913490249

All'Azienda U.L.SS. n. 4 "Alto Vicentino"
per l'inoltro
Al Comitato Consultivo d'Azienda
per la Medicina Generale/Pediatria
Via Rasa, 9
36016 T H I E N E

DOMANDA DI SCELTA IN DEROGA

Il/la sottoscritto/a: _____
Cognome e Nome

nato/a a _____ **il** |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

☐ **residente a** _____ **Via**_____ **n°** |__|__|

☐ **domiciliato/a a** _____ **Via**_____ **n°** |__|__|

CHIEDE
di essere autorizzato a scegliere quale Medico di fiducia

☐**il Pediatra di Libera Scelta** ☐**il Medico di Medicina Generale** **dott.** _____

al posto

☐**del Pediatra di Libera Scelta** ☐**del Medico di Medicina Generale** **dott.** _____

per le seguenti motivazioni

☐ **Viabilità** ☐ **Vicinanza (indicare i Km)** ☐**Scelta obbligata** ☐ **Altri motivi**

_____

_____

_____

_____

☐ **per se** **e** ☐ **per i propri familiari di cui all'elenco in calce**

1) _____ **3)** _____
Cognome e Nome Cognome e Nome

2) _____ **4)** _____
Cognome e Nome Cognome e Nome

Allega alla domanda i seguenti documenti:

1. **Dichiarazione di accettazione del Medico**
2. **Dichiarazione sostitutiva di certificazioni**
3. **Fotocopia della/e tessera/e sanitaria/e**
4. **Nulla osta rilasciato dall'Azienda U.L.SS. n. |__|__|**

Luogo e Data: |__|__| |__|__| |__|__|__|__| **Firma del dichiarante**: _____

Parere del Direttore dell'U.O. Cure Primarie e/o Bambino Famiglia

Parere del Comitato Consultivo ottenuto nella seduta del |__|__| |__|__| |__|__|__|__|