



A.S.L. TO4

Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

Domanda di autorizzazione a scegliere un pediatra in deroga agli ambiti territoriali dell'A.S.L. TO4

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente a _____ Via _____ tel. _____
in qualità di _____ (ad es. genitore, tutore)

CHIEDE

di essere autorizzato a scegliere, in deroga alla competenza territoriale, per i minori sottoelencati, il pediatra dott. _____ del Distretto di _____

| Cognome e nome | Data di nascita | Residenza | Attualmente iscritto negli elenchi del dott. |
|----------------|-----------------|-----------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

DICHIARA

- Che la richiesta di un pediatra in deroga è inoltrata per i seguenti motivi:

- Trasferimento della residenza in altro ambito dell'A.S.L.TO4
- Presenza in famiglia di altro minore già in carico allo stesso pediatra
- Residenza in ambito privo di pediatra
- Residenza in ambito con tutti i pediatri al massimale di scelta

Altro (specificare)

- Di essere consapevole dei problemi logistici che può comportare la scelta di un pediatra che opera in un ambito territoriale diverso da quello di residenza del minore.

- Di essere stato ammonito, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/00, sulla responsabilità penale derivante da dichiarazioni mendaci.

DATA _____

FIRMA _____



www.regione.piemonte.it/sanita

DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE DEL PEDIATRA

Il sottoscritto dott. _____ accetta la presa in carico dei minori sopraindicati, dichiarando altresì la propria disponibilità ad effettuare le visite domiciliari anche al di fuori del proprio ambito.

Data _____ Firma _____

PARTE RISERVATA ALL'A.S.L. TO4

Medico assegnato in data _____

Medico non assegnato perché _____

Parere del Comitato Aziendale nella seduta del _____

