

**Al Comitato Aziendale per la Pediatria di Libera Scelta  
ASL Viterbo Via E. Fermi, 15 01100 Viterbo (VT)  
prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it  
e, p.c. Al Direttore del Distretto A B C**

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **Richiesta in deroga del pediatra di libera scelta**

**Il genitore** \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ domiciliato/a a \_\_\_\_\_  
(se diverso dalla residenza \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**il genitore** \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ domiciliato/a a \_\_\_\_\_  
(se diverso dalla residenza \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**il soggetto esercente la potestà genitoriale** \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ domiciliato/a a \_\_\_\_\_  
(se diverso dalla residenza \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

### **chiede l'assegnazione del pediatra di libera scelta**

per l'utente minore

nome e cognome \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), in via \_\_\_\_\_  
domiciliato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), in via \_\_\_\_\_  
rapporto di parentela \_\_\_\_\_;

nome e cognome \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), in via \_\_\_\_\_  
domiciliato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), in via \_\_\_\_\_  
rapporto di parentela \_\_\_\_\_;

**il/la Dr.** \_\_\_\_\_ iscritto nella lista dei pediatri convenzionati del  
Distretto \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

### **Per la seguente motivazione:**

Gravi ed obiettive circostanze che ostacolano la normale erogazione dell'assistenza e che non rientrano nelle richieste assegnabili direttamente dall'ufficio territorialmente competente

Indicare di seguito eventuale documentazione allegata: \_\_\_\_\_

### **N.B. Il modulo deve essere presentato con la preventiva autorizzazione del pediatra scelto**

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza in ottemperanza al Regolamento Europeo n. 679/2016 GDPR e al D.Lgs n 196/2003.

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**DA COMPILARE A CURA DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA**
**ACCETTAZIONE:**

Il/La sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_ dichiara la propria disponibilità ad accettare la scelta in deroga presentata dal/dalla Sig. \_\_\_\_\_ per i soggetti minori indicati nel modulo di domanda.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
 timbro e firma del medico

**Spazio riservato per il Comitato Pediatria di Libera Scelta**

Questo Comitato nella seduta del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con verbale n. \_\_\_\_\_

VISTO l'Accordo Collettivo Nazionale dei Pediatri di Libera Scelta vigente; ESAMINATI i motivi adottati nella presente domanda

favorevole\*

contrario\*

**esprime parere**

richiesta documentazione integrativa\*

all'accoglimento della richiesta avanzata dal sig./sig.ra \_\_\_\_\_

\* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IL PRESIDENTE  
Dott. Giorgio Bracaglia