



**AL PRESIDENTE DEL COMITATO AZIENDALE DEI  
 PEDIATRI DI LIBERA SCELTA  
 dell'Azienda ULSS n. 4 "Veneto Orientale"  
 Piazza De Gasperi, 5  
 30027 San Donà di Piave VE  
 ufficio.convenzioni@aulss4.veneto.it**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, genitore di  
 \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
 n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_, ai sensi dell'art. 39 comma 9 dell'ACN  
 15.12.2005 della Pediatria di Libera Scelta

**CHIEDE**

di poter scegliere come pediatra di libera scelta il dr. \_\_\_\_\_  
 con ambulatorio sito nel Comune di \_\_\_\_\_ in  
 via \_\_\_\_\_ per la seguente motivazione:

- in quanto la scelta **è obbligata** per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- per **ragioni di vicinanza**: dalla propria abitazione l'ambulatorio del pediatra prescelto dista  
 km \_\_\_\_\_, mentre l'ambulatorio del pediatra attuale o del più vicino pediatra  
 disponibile nell'ambito prioritario di scelta dista km \_\_\_\_\_;
- per **migliore viabilità** in quanto per raggiungere l'ambulatorio del pediatra attuale o quello  
 del più vicino pediatra disponibile nell'ambito prioritario di scelta sussistono le seguenti  
 difficoltà viarie: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- per **altri motivi** (*"gravi e obiettive circostanze che ostacolano la normale erogazione  
 dell'assistenza"*): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Si allega l'accettazione del pediatra prescelto.**

data \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_