

DISTRETTO di _____

AL DIRETTORE SANITARIO

A.S.P. di _____

Ufficio scelte e revoche di _____

Il sottoscritto _____

In qualità di _____

del minore _____ nato a _____ il _____

residente a _____ via _____ n° _____

Chiede per lo stesso il mantenimento della scelta del pediatra

Dott. _____

fino al 16° anno di età, ai sensi dell' A.I.R. per la pediatria di libera scelta (deliberazione G.R. n.327 del 01-06-2007) art. 41- comma 10 e dell' art. 38 comma 13 dell' A.C.N. per la pediatria di libera scelta del 15/12/2005.

In Fede

Il sottoscritto Dott. _____

Convenzionato come P.L.S. con codesta A.S.L., regione _____ cod. reg. _____

letta l'istanza del sig. _____

approva la richiesta relativa al mantenimento della scelta del minore _____

e dichiara di accettarlo in carico fino a 16 anni, secondo quanto previsto dall' A.I.R. per la pediatria di libera scelta (deliberazione G.R. n.327 del 01-06-2007) art. 41- comma 10 e dell' art. 38 comma 13 dell' A.C.N. per la pediatria di libera scelta del 15/12/2005.

In Fede

_____, lì _____
