

Al Comitato Aziendale
per la Pediatria di libera scelta
Azienda ULSS 12 Veneziana
Via Don F. Tosatto, 147
30174 Mestre (Ve)

Il sottoscritto _____
residente a _____ in
Via _____ n. _____, Tessera Sanitaria
n° _____, a norma di quanto previsto dalla Convenzione per la
Pediatria di libera scelta,

C H I E D E

di scegliere quale Pediatra di fiducia per i/il propri/o figli/o:

(nome e cognome) _____ nato il _____

(nome e cognome) _____ nato il _____

? attualmente non assistito da alcun Pediatra ovvero

? inserito nell'elenco degli assistiti del Dott. _____

il Dott. _____ iscritto nell'elenco dei Pediatri
convenzionati per il Distretto di _____ con ambulatorio in

per i seguenti motivi :

Venezia Mestre, li _____

(firma)

Il sottoscritto dott. _____ dichiara la
propria disponibilità ad accettare la scelta in suo favore che il Sig. _____
intende effettuare per _____ proprio_ figli_

(nome e cognome)

(luogo e data)

(timbro e firma del medico)
