

**AL COMITATO AZIENDALE PER  
L'ASSISTENZA PEDIATRICA**

**DOMANDA DI SCELTA IN DEROGA**

Io sottoscritto/a .....  
nato/a ..... il .....  
residente a ..... via.....n. ....

Faccio domanda per me

Faccio domanda per i miei familiari

.....  
.....  
.....

di poter ottenere in deroga il Dott. ....

per i seguenti motivi:

*(indicare le ragioni di vicinanza o le circostanze della situazione familiare o lavorativa)*

.....  
.....

a tal fine allego la seguente documentazione:

.....  
.....

Autorizzazione del medico curante richiesto .....

Attualmente sono assistito dal Dr. ....

Data ..... Firma .....

**PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO**

N. scelte in carico al medico richiesto \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**DECISIONE DEL COMITATO CONSULTIVO**

Il Comitato Aziendale riunitosi in data \_\_\_\_\_, previo esame della domanda stessa ha espresso:

**PARERE FAVOREVOLE:**

.....

**PARERE NEGATIVO:**

.....

IL PRESIDENTE DEL COMITATO

.....