

Al Direttore Generale  
 Comitato Aziendale ULSS 1 DOLOMITI  
 Via Feltre, 57  
 32100 BELLUNO

Data.....

**Oggetto: Autorizzazione ai sensi dell'art. 37 (PLS) e dell'art. 39 (MMG) degli AA.CC.NN. in vigore. Scelta in deroga all'ambito territoriale di residenza diverso da quello dell'Aulss di residenza.**

Il sottoscritto : ..... nato a .....il.....  
 residente a : ..... in via.....  
 Tessera sanitaria cartacea n. .... Codice Fiscale .....

### CHIEDE

- ☐ per sè  
 e/o  
☐ per i sottoelencati familiari :

| COGNOME E NOME | DATA E LUOGO NASCITA | RAPP. PARENTELA | N. TESSERA SANITARIA | MEDICO ATTUALE |
|----------------|----------------------|-----------------|----------------------|----------------|
|                |                      |                 |                      |                |
|                |                      |                 |                      |                |
|                |                      |                 |                      |                |
|                |                      |                 |                      |                |

L'autorizzazione alla scelta del ☐ Medico di Assistenza Primaria: Dott.....  
☐ Pediatra di Libera Scelta: Dott.....

**TIMBRO E FIRMA PER ACCETTAZIONE del MAP/PLS RICHIESTO**

**DOTT.....**

### IN DEROGA:

- ☐ vicinanza o migliore viabilità rispetto all'ambulatorio  
☐ prosecuzione del rapporto di fiducia  
☐ gravi ed obiettive circostanze quali:

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

Distinti saluti. (Firma)\_\_\_\_\_

Indirizzo per le comunicazioni:

Sig./ra ..... Tel. n. ....  
 Via ..... CAP ..... Comune  
 ..... e.mail .....

**IMPORTANTE:** qualora le motivazioni addotte si riferiscano a fatti o atteggiamenti imputabili direttamente al medico, lo stesso ne verrà informato per dargli la possibilità di scrivere in contraddittorio.

PARERE DEL COMITATO AZIENDALE ESPRESSO NELLA RIUNIONE DEL .....

≤ POSITIVO

≤ NEGATIVO per .....