



All'Ufficio Scelta/Revoca  
del Distretto n. \_\_\_\_\_  
dell'Azienda UsI della Regione Valle d'Aosta

fax n . \_\_\_\_\_

DA UTILIZZARE PER I SOLI ASSISTITI CON  
RESIDENZA CERTIFICATA IN UNO DEI COMUNI  
DELLA REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA

## SCELTA DEL PEDIATRA DI FAMIGLIA

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
in Via/Fraz. \_\_\_\_\_  
n. documento d'identità \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
in qualità di genitore/tutore del minore \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
codice fiscale del minore \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di poter **SCEGLIERE** il Medico/Pediatra operante **nell'ambito territoriale di residenza**

**Dott.** \_\_\_\_\_

di poter **REVOCARE** il Medico/Pediatra operante **nell'ambito territoriale di residenza**

**Dott.** \_\_\_\_\_

### DICHIARA

- di essere reperibile al numero tel./cell. \_\_\_\_\_
- di seguito il proprio domicilio per l'invio del tesserino sanitario individuale (SSR)

data \_\_\_\_\_

FIRMA

ALLEGATA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL GENITORE/ TUTORE DEL MINORE IN CORSO DI VALIDITA'