

Antrag zur Wahl einer Kinderärztin/eines Kinderarztes freier Wahl in territorialer Abweichung gemäß ex Art. 39 Abs. 9 des gesamtstaatlichen Kollektivvertrags für die Regelung der Beziehungen mit den Kinderärzten freier Wahl

Richiesta di scelta in deroga territoriale del pediatra di libera scelta ex art. 39 comma 9 dell'Accordo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Libera Scelta

Die/der Unterfertige/r - Il/la sottoscritto/a _____

geb. am - nato/a il _____ in - a _____

wohnhaft in - residente a _____ Str. - via _____ Nr. - n. _____

E-Mail Adresse - Indirizzo di posta elettronica _____

Zertifizierte E-mail Adresse (PEC) - Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____

erklärt

ein Elternteil oder Erziehungsberechtigte/r von _____

zu sein und dass er/sie diesen Antrag im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil gemäß Art. 337 ter des italienischen Zivilgesetzbuches oder in Übereinstimmung mit dem Gesetz oder den Maßnahmen der Gerichtsbehörde einreicht

Vormund/Kurator/Sachwalter von _____

zu sein und dass der vorliegende Antrag Teil der Aufgaben ist

und ersucht

für ihr/sein Kind folgende/n Kinderärztin/Kinderarzt wählen zu dürfen:

Dr. _____

des Einzugsgebietes/Gesundheitssprengels: _____

aus folgendem Grund:

dichiara

di essere genitore o esercente della potestà di genitore di _____

e di presentare codesta richiesta di comune accordo con l'altro genitore ex art. 337 ter c.c ovvero in conformità a disposizione di legge o a provvedimenti dell'autorità giudiziaria

di essere tutore/curatore/amministratore di sostegno di _____

e che la presente richiesta rientra nello svolgimento dei propri compiti

e chiede

di poter scegliere per il/la proprio/a figlio/a come pediatra di libera scelta:

dell'ambito territoriale/distretto sanitario di: _____

per il seguente motivo:

Abteilung für die wohnortnahe Versorgung

Ripartizione per l'assistenza territoriale

- es ist nicht möglich, eine/n andere/n Kinderärztin/Kinderarzt des eigenen Einzugsgebietes aus den unten genannten Gründen zu wählen (*);
- der Wohnsitz des Antragstellers liegt in einem angrenzenden Einzugsgebiet, wobei der Standort der gewählten Arztpraxis, aus Gründen der Nähe oder der besseren Verkehrsbedingungen leichter zu erreichen ist, wie unten angegeben (*);
- die normale Gesundheitsversorgung durch den oder die im Einzugsgebiet eingetragene/n Kinderärztin/Kinderarzt bzw. Kinderärzte wird durch die nachstehend angeführten schwerwiegenden und objektiven Umstände behindert (*);
- andere (Begründung angeben (*))
- non è possibile scegliere altro pediatra nell'ambito territoriale di residenza per i motivi più sotto specificati (*);
- la residenza del richiedente gravita su un ambito territoriale limitrofo rispetto all'ubicazione dell'ambulatorio del medico prescelto che, per ragioni di vicinanza o di migliore viabilità, risulta più facilmente raggiungibile, come sotto specificato (*);
- la normale erogazione dell'assistenza da parte del pediatra o dei pediatri iscritti nell'ambito territoriale di residenza risulta ostacolata per le gravi ed obiettive circostanze più sotto specificate (*);
- altro (specificare il motivo (*))

(*) geben Sie eine ausführliche Begründung an (**wenn keine/mangelhafte Begründung angegeben wird, wird der Antrag abgelehnt**):

(*) motivare dettagliatamente (**in assenza/carenza di motivazione la richiesta sarà respinta**):

Datum/data

Unterschrift/firma

Einwilligungserklärung der Ärztin/des Arztes

Dichiarazione del pediatra di libera scelta

Datum/data

Stempel und Unterschrift/timbro e firma