

Ansuchen zwecks Wahl der Kinderärztin/ des Kinderarztes freier Wahl

Der/Die Unterfertigte (Nach- und Vorname)

geboren am in

wohnhaft in (Gemeinde und Postleitzahl PLZ)

Adresse (Straße, Fraktion, Platz, usw.)

Tel. Nummer

E-Mail

Zertifizierte E-Mail (PEC)

ersucht in seiner Eigenschaft als

☐ Elternteil oder Ausübende der elterlichen Verantwortung
im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil gemäß Art.
337-ter ZGB bzw. der geltenden Bestimmungen

☐ Vormund/Kurator/Sachwalter

für die folgenden Minderjährigen:

Familienname und Vorname cognome e nome	Verwandtschaftsgrad grado di parentela	Geburtsdatum data di nascita	wohnhaft in residente a	derzeitige/r Kinderärztin/Kinderarzt attuale pediatra di libera scelta

folgende/n Kinderärztin/Kinderarzt
freier Wahl wählen zu dürfen:

Dr.in/Dr. | Dott.ssa/Dott.

Fälscherklärungen werden strafrechtlich verfolgt (D.P.R. 28.12.2000,
N. 445 in geltender Fassung)

Der/Die Unterfertigte erklärt Einsicht in die Datenschutzinfor-
mationen bezüglich der Wahl und des Widerrufs der Ärztin/des
Arztes für Allgemeinmedizin und des Kinderarztes/der Kinderärztin
freier Wahl genommen zu haben.

Ort und Datum | Luogo e data

Richiesta per la scelta della/del pediatra di libera scelta

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome)

nato/a il a

residente a (comune e codice postale CAP)

indirizzo (via, frazione, piazza, ecc.)

numero telefonico

e-mail

posta elettronica certificata (PEC)

chiede nella sua qualità di

☐ genitore o esercente la responsabilità genitoriale e di
comune accordo con l'altro genitore ex art. 337-ter C.C.
rispettivamente delle disposizioni vigenti

☐ tutore/curatore/amministratore di sostegno

per i seguenti minorenni:

di poter scegliere la/il pediatra
di libera scelta:

Le dichiarazioni false sono punite dalle leggi dello Stato italiano (D.P.R.
28.12.2000, N. 445, e successive modificazioni ed integrazioni)

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla
privacy relativa alla scelta e revoca del medico di medicina generale e
del pediatra di libera scelta.

leserliche Unterschrift | firma leggibile

Das vorliegende Ansuchen kann auch mittels Post, per E-Mail oder
von einem Dritten zusammen mit einer Fotokopie einer gültigen
Identitätskarte des/der Antragstellers/-in eingereicht werden.

La presente domanda può essere presentata anche per posta, per
e-mail o tramite terzi assieme ad una fotocopia di un documento
d'identità valido del/della richiedente.

Bei Ansuchen zur Wahl eines Kinderarztes freier Wahl, dessen Ambulatorium sich in einem anderen Sprengel oder Einzugsgebiet als jenem befindet, in dem sich der meldeamtliche Wohnsitz des Antragstellers befindet, bedarf es der Einwilligung des gewünschten Kinderarztes.

Per richieste di scelta di un pediatra di libera scelta il cui ambulatorio si trova in un distretto o ambito territoriale diverso da quello in cui si trova la residenza anagrafica del richiedente, è necessario che il pediatra desiderato dichiari l'accettazione.

**Einwilligungserklärung
der Kinderärztin/des Kinderarztes freier Wahl**

**Dichiarazione di accettazione
della/del pediatra di libera scelta**

Die/Der unterfertigte Dr.in/Dr.

La/Il sottoscritta/o Dott.ssa / Dott.

erklärt,

dass er/sie für die Betreuung der/des oben genannten Minderjährigen zur Verfügung steht.

dichiara

di essere disponibile ad assistere la/il suddetto minore.

Ort und Datum | Luogo e data

Unterschrift und Stempel | Firma e timbro