



**MOTIVI DI STUDIO**

di essere studente presso \_\_\_\_\_  
con sede nel Comune di \_\_\_\_\_

**MOTIVI DI SALUTE**

motivi di salute (NOTA: allegare certificazione del medico specialista di struttura pubblica o del medico del distretto)

**ALTRI MOTIVI**

- per assistere in maniera continuativa il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in qualità \_\_\_\_\_
- per ricevere assistenza in maniera continuativa dal/dalla sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in qualità \_\_\_\_\_
- di essere in stato di semilibertà (Nota: allegare copia del provvedimento)  
presso \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Via/P.za \_\_\_\_\_
- di essere militare di carriera in distacco temporaneo
- di prestare servizio civile presso \_\_\_\_\_
- di essere religioso (fino alla professione dei voti)  
presso l'Istituto religioso \_\_\_\_\_
- di essere ricoverato in istituto di cura o RSA \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_
- per ricongiungimento al familiare sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
già iscritto nell'elenco dell'ASL Toscana centro per
- domicilio sanitario nel Comune di \_\_\_\_\_
- residente a \_\_\_\_\_ (NOTA: rinnovabile una sola volta)

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

Nel caso che la richiesta riguardi il soggetto minorenne \_\_\_\_\_  
(firma dell'altro genitore)

In caso di firma di un solo genitore, quest'ultimo, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di effettuare la scelta di comune accordo con l'altro genitore in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale ovvero in conformità a disposizione di legge o a provvedimenti dell'autorità giudiziaria ( art. 316, 337 ter, 337 quater del codice civile)\*

\*Ai sensi della normativa vigente, la scelta del pediatra è effettuata, nell'esercizio della responsabilità genitoriale, congiuntamente da entrambi i genitori salvo che ricorrano le seguenti fattispecie: unico genitore che ha riconosciuto il minore; impedimento o lontananza di uno dei genitori che renda impossibile l'esercizio della responsabilità genitoriale; affidamento superesclusivo ad uno dei genitori

**RISERVATO ALL'AZIENDA USL TOSCANA CENTRO** Presidio di \_\_\_\_\_

Estremi del documento del dichiarante \_\_\_\_\_

Firma dell'operatore \_\_\_\_\_

**All'Azienda USL** \_\_\_\_\_

Comunicazione di elezione di domicilio sanitario dei nominativi sopraelencati presso l'AUSL Toscana centro con scelta del medico

Dr. \_\_\_\_\_ con decorrenza dal \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(firma e timbro AUSL)