Azienda Usl Toscana sud est
via Calamandrei 173, 52100 Arezzo
P.I. e C.F. 02236310518 – tel. 0575 2551
www.uslsudest.toscana.it - email: ausltoscanasudest@postacert.toscana.it

DOMANDA DI MANTENIMENTO DOMANDA DI MANTENIMENTO DELL'ASSISTENZA PEDIATRICA dal 14° AL 16° ANNO DI ETÀ

Io sottoscritto/a _____ _____
cognome nome

natio/a nel Comune di _____ prov. _____ il _____

Residente nel Comune di _____ via/piazza _____ n° _____

Tel _____ /cell. _____ e-mail _____

IN QUALITÀ DI

○ Genitore del minore - ○ Tutore del minore - ○ Affidatario di minore

Cognome e Nome	Codice Fiscale*	Pediatra di libera scelta

*senza indicazione del Codice Fiscale le domande NON possono essere accolte

CHIEDE

di poter mantenere l'assistenza pediatrica fino al compimento dei 16 anni per la seguente motivazione:

- ○ patologia cronica e persistente
- ○ disagio psico-sociale
- ○ difficoltà nell'ambito familiare, disagio scolastico o di tipo adolescenziale evolutivo

Sono **consapevole** che la domanda potrà essere presentata entro sei mesi dalla data del compimento del 14esimo anno e che oltre tale data, la domanda non sarà accettata.

Sono **consapevole** infine che i dati forniti direttamente dall'utente sono tutelati dal Decreto Legislativo 196/2003 e sm.i. e pertanto saranno utilizzati, anche in forma digitale, per la sola ed esclusiva fornitura di prestazioni e/o servizi dallo stesso richiesti, garantendo la sicurezza e riservatezza dei dati stessi. A tale scopo autorizzo l'Azienda USL Toscana Sud Est ad utilizzare i dati da me forniti con la presente domanda per la gestione degli elenchi degli iscritti al S.S.R., e di comunicarli al medico di fiducia da me scelto per me e per i suddetti familiari, nonché agli altri medici associati, al/i rispettivo/i sostituto/i.

Data _____ _____ _____
Firma del richiedente 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 (artt. 316, 337 ter, 337 quater del codice civile)[1]

Il/la sottoscritto/a Dr./ssa _____ dichiara di essere disposto/a a proseguire l'assistenza pediatrica nei confronti del suddetto minore in quanto presenta:

_____

_____ ai sensi dell'art.41, comma 4 del vigente ACN.

Data _____ Timbro e firma del medico _____

1 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.