

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

Io sottoscritt _____
Cognome Nome

Codice Fiscale _____

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

Tel _____ /cell. _____ e-mail _____

in qualità di: Genitore del minore Tutore Affidatario di minore

del 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 nove 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 _____

ATTENZIONE: per non interrompere la continuità dell'assistenza pediatrica la presente domanda deve essere presentata PRIMA del compimento del 14° anno di età, è comunque ammessa la presentazione fino ad un massimo di 6 mesi dal compimento del 14° anno.

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
