

MANTENIMENTO SCELTA DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

Art. 41, c. 10 dell'ACN per la Pediatria di Libera Scelta 29/7/2009
AIR per la Pediatria di Libera Scelta - punto 3.6 - DGR n. 338 del 25/2/2011

Il/la
sottoscritto/a.....nato/a.....

il residente nel Comune di _____
in via _____ n. _____ recapito telefonico _____

CHIEDE

per il proprio figlio _____

Nato a _____ il _____

Di mantenere l'iscrizione con il Pediatra di Libera Scelta, Dr. _____

Fino al compimento del 16° anno di età per uno dei seguenti motivi:

- patologia grave, cronica e persistente (da specificare) _____;
- handicap
- situazioni psico - sociali causa di rischi o problematiche fisiche gravi (vedi relazione allegata);
- altro da specificare con relazione da allegare.

Lo scrivente dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30.6.2003 n. 196 che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

..... li,/...../..... Firma del genitore richiedente

Allegare:

- relazione medica
- copia di un documento di identità in corso di validità

Parte riservata al PLS dr. _____

Il sottoscritto PLS, Dr. _____

Sotto la propria responsabilità attesta la sussistenza delle condizioni sopra richiamate e acconsente di mantenere l'assistenza pediatrica fino al 16° anno di età come esplicitamente richiesto dal genitore.

Data _____

Timbro e firma del Pediatra di Libera Scelta
