



**RICHIESTA DEL MANTENIMENTO DELLA SCELTA A FAVORE DEL PEDIATRA
PER I CITTADINI CON PIÚ DI 14 ANNI**

Il/La sottoscritto/a.....residente a
in Via..... Tel.....
in ottemperanza all'art. 41, comma 10 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria
di Famiglia, chiede che la/il propria/o figlia/o
nata/o ilCodice Fiscale.....
affetta/o da
possa continuare ad essere assistita/o dal Dr.
fino al compimento del 16° anno.

Data_____ Firma del genitore/tutore_____

Se l'istanza è inviata per posta, per via telematica o per mano di terzi, si deve allegare copia non autentica del proprio documento di identità in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

Dichiaro di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD 679/2016).

Firma _____

=====
Sezione riservata al Medico o Pediatra di Famiglia

Il sottoscritto Dr.
dichiara di accettare la richiesta espressa e attesta che la/il bambina/o è affetta/o
da

Bilancio di salute al cronico (per le patologie previste) attivato:

[]SI, a far corso dal: _____

[]NO

Timbro e Firma del Medico