



RICHIESTA PROLUNGAMENTO ASSISTENZA PEDIATRICA OLTRE IL 14° ANNO DI ETÀ E FINO AL COMPIIMENTO DEL 16°

(Ai sensi e per gli effetti dell'art. 39 comma 2 dell'ACN 2022 per la Pediatria di Famiglia e degli AIR della Pediatria di famiglia 2019 delibera XI/1906, 2020 delibera XI/3472 e 2023 delibera XII/946)

Il/La sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____

in qualità di genitore, dichiarando di avere acquisito il consenso dall'altro genitore o di esercitare da solo la patria potestà genitoriale ai sensi della normativa vigente, oppure in qualità di rappresentante legale

CHIEDE

per il minore _____

Codice fiscale _____

l'autorizzazione a continuare ad avvalersi dell'opera professionale del Pediatra di Famiglia Dott./Dott.ssa:

_____ cod. reg. _____

Data _____ Firma _____

RISERVATA AL PEDIATRA DI FAMIGLIA:

Il sottoscritt Dott./Dott.ssa _____

dichiara di accettare la proroga dell'iscrizione nell'elenco dei propri assistiti del minore sopracitato e di garantire nei confronti dello stesso l'assolvimento di tutti gli obblighi previsti dai vigenti Accordi.

Il Pediatra

(Firma)

Data _____

Il presente modulo può essere presentato agli sportelli scelta/revoca di ASST dal genitore/legale rappresentante (oppure inviato tramite e-mail anche direttamente dal pediatra con allegato documento di identità del genitore/legale rappresentante), anche dopo il compimento del 14° anno, purché non sia stata ancora effettuata la scelta nei confronti di un Medico di Medicina Generale.