DOMANDA DI MANTENIMENTO DELL'ASSISTENZA PEDIATRICA DAL COMPIMENTO DEL 14° ANNO AL COMPIMENTO DEL 16° ANNO DI ETA'

Io sottoscritt_ _____CF_____ residente a _____ in via _____ n. ___

Recapito telefonico _____ email _____

in qualità di ⇨ Genitore ⇨ Tutore ⇨ Affidatario del Minore

Cognome e nome _____CF_____Data Nascita_____

Assistito dal Pediatra dott./dott.ssa _____Tel_____Mail_____

CHIEDE

di poter mantenere l'assistenza pediatrica fino al compimento del 16° anno per la seguente motivazione:

- ▫ PATOLOGIA CRONICA CON ESENZIONE TICKET
- ▫ ASSISTENZA PROGRAMMATA AMBULATORIALE (APA) O DOMICILIARE (ADI/ADP) IN CORSO
- ▫ INVALIDITÀ CIVILE
- ▫ DISAGIO PSICO-SOCIALE
- ▫ DIFFICOLTÀ IN AMBITO FAMILIARE O DISAGIO SCOLASTICO
- ▫ SUPPORTO ALLO SVILUPPO PSICO-FISICO ADOLESCENZIALE

Sono consapevole che la domanda potrà essere presentata entro nove mesi dalla data del compimento del 14° anno e che oltre tale data la domanda non sarà accettata.
Sono consapevole, infine, che i dati forniti direttamente dall'utente sono tutelati dal Reg. 679/2016/UE e s.m.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'ASST di competenza ad utilizzare i dati da me forniti con la presente domanda per la gestione degli elenchi degli iscritti al SSR e di comunicarli al pediatra da me scelto per mio/a figlio/a, nonché agli altri pediatri associati e al/i rispettivo/i sostituto/i.

Data ___/___/_____ Firma del richiedente _____

Firma del 2° 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, 337ter e 337quater del codice civile)[1]

Io sottoscritt_ dott./dott.ssa _____ dichiaro di essere disposto/a a proseguire l'assistenza pediatrica nei confronti del suddetto minore, ai sensi dell'art. 39 comma 2 del vigente ACN.

Data ___/___/_____ Firma e timbro del Pediatra _____

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.