

ASL 4

Data ____/____/____

Il/la sottoscritto/a

in qualità di _____ del/la minore _____

nato a _____ (____) il ____/____/____ Cod. Fisc. _____

E-mail _____ Cell. _____

chiede per lo/la stesso/a il mantenimento della scelta del Pediatra, Dr. _____ fino al compimento del 16° anno di età del bambino, ai sensi di quanto previsto dall'art. 41, comma 10, del vigente Accordo Collettivo Nazionale 29/07/2009, così come integrato dal punto 1 dell'Accordo Integrativo Regionale, di cui alla D.G.R. n. 721 del 21 giugno 2013.

A tal fine dichiara che il/la minore :

- 1) ha documentata situazione di disagio psico-sociale (disagio adolescenziale/rapporto di fiducia da parte dell'assistito e del genitore)
- 2) è affetto/a da handicap grave (specificare) _____
- 3) è affetto da patologia cronica ai sensi del D.M. 329/99 (specificare) _____

In fede

Firma del genitore

Il sottoscritto Dr. _____ convenzionato con codesta A.S.L.. in qualità di Medico Specialista Pediatra di Libera Scelta – matr. reg. n. _____, letta l'istanza di

_____, conferma quanto sopra dichiarato ed approva la relativa richiesta di proroga dell'iscrizione nei propri elenchi assistiti del/la minore _____ per le seguenti motivazioni: _____

_____ e dichiara di accettarlo/la in carico fino all'età di 16 anni, ai sensi di quanto previsto dall'art. 41, comma 10, del vigente Accordo Collettivo Nazionale 29/07/2009, così come integrato dal punto 1 dell'Accordo Integrativo Regionale, di cui alla D.G.R. n. 721 del 21 giugno 2013.

In fede

Timbro e firma del medico