

DOMANDA DI MANTENIMENTO DELL'ASSISTENZA PEDIATRICA DAL 14° AL 16° ANNO DI ETÀ

Io sottoscritt _____
Cognome _____ Nome _____
Cod. fiscale _____ nat _____ a _____ Prov. _____ il _____
residente a _____ prov. _____ via/piazza _____ n° _____
tel _____ e-mail _____
In qualità di _____ del minore:
(indicare se genitore, tutore, affidatario)

Cognome _____	nome _____																					
Cod. fiscale <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						Pediatra di famiglia Dott. _____

Dichiaro, infine, di essere consapevole che la decisione in merito alla presente richiesta sarà assunta entro il termine di 90 giorni dalla data della sua **presentazione ad un Ufficio Anagrafe Sanitaria per la scelta e revoca medico della AUSL dell'area di iscrizione del medico.**

CHIEDO ALL'AUSL TOSCANA CENTRO

che sia mantenuta al suddetto minore l'assistenza pediatrica fino al compimento dei 16 anni, per la seguente motivazione/situazione: _____

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679. Per saperne di più sul trattamento dei dati personali consulta il sito: <http://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda>.



Data _____ Firma del richiedente _____

ATTENZIONE: per **non interrompere** la continuità dell'assistenza pediatrica la presente domanda deve essere presentata ad un Ufficio Anagrafe Sanitaria della AUSL dell'area di iscrizione del medico scelto **PRIMA** del compimento del 14° anno di età. È comunque ammessa la presentazione fino ad un massimo di 6 mesi dal compimento del 14° anno.

<input type="checkbox"/> I sottoscritt _____ Dott. _____ cod. regionale _____ dichiara:
<ul style="list-style-type: none">che il suddetto minore si trova nella condizione prevista dall'art. 41 del ACN 29-7-09 e dall'Allegato 1 Accordo regionale per la pediatria di famiglia per il prolungamento dell'assistenza fino al 16° anno di età in quanto presenta: _____ _____ _____di essere disponibile a continuare l'assistenza nei confronti del suddetto minore
Data _____ Firma e timbro del Pediatra _____

RISERVATO ALL'AZIENDA USL TOSCANA CENTRO

Ufficio Anagrafe Sanitaria Presidio di _____ Data ricezione della domanda _____	ESPRESSIONE PARERE COMITATO AZIENDALE AREA FIORENTINA - AREA EMPOLESE - AREA PRATESE - AREA PISTOIESE <input type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NEGATIVO
Annotazioni Ufficio Anagrafe Sanitaria _____ _____ _____ _____ _____	Motivazioni di diniego: _____ _____ _____
Firma operatore _____	Data _____ Firma Pres. Comitato Aziendale _____