

lo sottoscritto/a _____ in qualità di padre madre

nato/a il _____ a _____ prov _____

residente a _____ via/piazza _____ n. _____

cod. fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

tel. _____ e.mail _____

lo sottoscritto/a _____ in qualità di padre madre

nato/a il _____ a _____ prov _____

residente a _____ via/piazza _____ n. _____

cod. fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

tel. _____ e.mail _____

- in qualità di tutore/curatore/amministratore di sostegno
 affidatario di minore (allegare provvedimento del Tribunale dei minori)
 delegato (allegare delega e documenti d'identità di entrambi i genitori)

nome _____ cognome _____

cod. fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Pediatra di famiglia Dott. _____

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.

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:

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all'indirizzo:
<https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy-usltoscanacentro>
o scansionando il QR code a margine.



Data _____ Firma del/i genitore/i _____

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 provvedimenti dell'autorità giudiziaria (artt. 316, 337 ter, 337 quater del codice civile)

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; impedimenti o lontananza di uno dei genitori che renda impossibile l'esercizio della responsabilità genitoriale; affidamento superesclusivo ad uno dei genitori.

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.

lo sottoscritto/a dott. _____ cod. regionale _____

DICHIARO 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

Annotazioni Ufficio Anagrafe Sanitaria

FAVOREVOLE NEGATIVO

Motivazioni di diniego:

Firma operatore _____

Data _____ Firma Pres. Comitato Aziendale _____