SST Azienda USL Toscana centro
Servizio Sanitario della Toscana

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

Io sottoscritto/a _____ in qualità di ☐ padre ☐ madre

nato/a il _____ a _____ prov _____

residente a _____ via/piazza _____ n. _____

cod. fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

tel. _____ e.mail _____

Io 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 e cognome del minore _____

cod. fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | Pediatra di famiglia Dr./ssa _____

CHIEDO ALL' AUSL TOSCANA CENTRO

di poter mantenere l'assistenza pediatrica fino al compimento dei 16 anni per la seguente motivazione:

☐ patologia cronica e persistente

☐ disagio psico-sociale

☐ difficoltà nell'ambito familiare, disagio scolastico o di tipo adolescenziale evolutivo

Sono consapevole che i dati forniti direttamente dall'utente sono tutelati dal regolamento Ue 2016/679 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'Azienda USL Toscana centro ad utilizzare i dati da me forniti con la presente domanda per la gestione degli elenchi degli iscritti al S.S.R., e di comunicarli al medico di fiducia da me scelto per me e per i suddetti familiari, nonchè agli altri medici associati, al/i rispettivo/i sostituto/i.

Data _____ Firma del richiedente _____

ATTENZIONE: per non interrompere la continuità dell'assistenza pediatrica la presente domanda deve essere presentata 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.

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.

Io sottoscritto/a dr./ssa _____ DICHIARO di essere disposto/a a proseguire l'assistenza pediatrica nei confronti del suddetto minore in quanto presenta

_____

_____

ai sensi dell'art. 41 comma 4 del vigente ACN

Firma e timbro del Pediatra _____

RISERVATO ALL'AZIENDA USL TOSCANA CENTRO

Ufficio Anagrafe Sanitaria Presidio di _____ data ricezione della domanda _____

Annotazioni Ufficio Anagrafe Sanitaria _____

_____

_____