

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

Io sottoscritto/a _____

C.F. _____, residente nel Comune di _____

Via _____ n. _____ tel. _____

e-mail _____

in qualità di: ☐ genitore ☐ tutore ☐ affidatario del minore:

cognome e nome _____ C.F. _____

assistito dal Pediatra dott./dott.ssa _____

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
- ☐ INVALIDITA' CIVILE
- ☐ DISAGIO PSICO-SOCIALE
- ☐ DIFFICOLTA' 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 Decreto Legislativo 196/2003 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 richiedi, 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 provvedimento dell'autorità giudiziaria (artt.316, 337ter e 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: impedimento o lontananza di uno dei genitori che renda impossibile l'esercizio della responsabilità genitoriale: affidamento superesclusivo ad uno dei genitori.

Io sottoscritto/a dott./dott.ssa _____

Dichiaro di essere disposto/a a proseguire l'assistenza pediatrica nei confronti del suddetto minore, ai sensi dell'art.41 comma 4 del vigente ACN

Data _____ firma e timbro del Pediatra _____