

## DOMANDA DI MANTENIMENTO DELL'ASSISTENZA PEDIATRICA FINO AL 16° ANNO DI ETÀ'

Io sottoscritt \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ /cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di:  Genitore del minore  Tutore  Affidatario di minore

del minore:

Cognome e Nome	Codice Fiscale	Pediatra di libera scelta
_____	_____*	_____

\*senza indicazione del Codice Fiscale le domande NON possono essere accolte

### CHIEDE

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a Dr./ssa \_\_\_\_\_ codice regionale \_\_\_\_\_  
dichiara 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.

Dichiaro di essere consapevole che, in caso di mancato accoglimento, qualora la decisione venga assunta dopo il compimento del 14° anno di età, la revoca decorrerà dalla data di adozione della decisione stessa.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma  
\_\_\_\_\_