

Pediatra di libera scelta: richiesta di continuità dell'assistenza pediatrica fino a 16 anni

Io sottoscritto/a

(nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

Stato di nascita | codice fiscale

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

genitore (con la potestà legale)

tutore

del minore (nome)

| (cognome)

nato/a il | a | Prov.

CHIEDO

► la continuità dell'assistenza pediatrica (fino a 16 anni di età del minore) del dott. (nome e cognome)

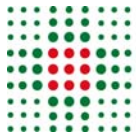
PRESENTO

- la dichiarazione di accettazione del pediatra richiesto (vedere alla fine del modulo)

SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data | firma (per esteso e leggibile)



TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo www.ausl.mo.it/informativaprivacy

**SPAZIO RISERVATO PER L'ACCETTAZIONE
DEL PEDIATRA RICHIESTO**

Io sottoscritto/a	
convenzionato come Pediatra di Libera Scelta con l'Azienda USL di Modena	
distretto di	
accetto di assistere fino a 16 anni di età il minore	
nome	cognome
e dichiaro che il minore rientra in una delle seguenti condizioni:	
<input type="checkbox"/> patologia o handicap - codice:	
<input type="checkbox"/> documentata situazione di disagio psico-sociale - codice:	
<input type="checkbox"/> titolare di una esenzione ticket per malattia cronica/rara - codice esenzione:	
data	firma e timbro (<i>Il Pediatra</i>)



SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA USL

Esaminata la documentazione allegata, si esprime parere

POSITIVO

NEGATIVO

per i seguenti motivi:

data

firma e timbro

(Il Medico responsabile)

data

firma e timbro

*(Per il Comitato distrettuale PLS - Il Segretario verbalizzante)**

* il parere del Comitato distrettuale PLS (e la conseguente sottoscrizione del Segretario verbalizzante) è richiesto solo nei casi in il Medico responsabile ritenga necessario inviare l'istanza al Comitato distrettuale per ulteriori approfondimenti.