

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

in qualità di

genitore che esercita la responsabilità genitoriale insieme all'altro genitore, che concorda

genitore che esercita la responsabilità genitoriale in esclusiva

tutore/affidatario

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)

ALLEGO

- una copia di un documento di identità in corso di validità
- 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
I dati da lei forniti tramite questo modulo, compresi i suoi recapiti (numero di telefono e indirizzo e-mail), saranno registrati nell'Anagrafe Sanitaria Regionale per futuri utilizzi previsti dalla legge. L'informativa specifica sul trattamento dei dati personali nell'ambito dell'Anagrafe Sanitaria Regionale è disponibile on line su www.ausl.mo.it/informative-privacy. Può comunicare la variazione dei suoi recapiti scrivendo a dpo@ausl.mo.it

INFORMAZIONI IMPORTANTI

Come chiedere la continuità dell'assistenza pediatrica

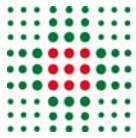
Può presentare la sua richiesta in diversi modi:

- di persona
- per posta elettronica ordinaria o certificata, all'indirizzo sportelloonline@pec.ausl.mo.it, trasmettendo con un unico invio tutta la documentazione (modulo e relativi allegati) altrimenti non sarà possibile prendere in carico la richiesta.

Ricordi che soltanto scrivere da un indirizzo PEC le garantisce la riservatezza dei dati e la certezza di consegna del messaggio.

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 cui il Medico responsabile ritenga necessario inviare l'istanza al Comitato distrettuale per ulteriori approfondimenti