

MODELLO DI DOMANDA PER LA RICHIESTA DI PROSECUZIONE DELL' ASSISTENZA PEDIATRICA

Al Comitato Aziendale per la Pediatria
dell'ASL N.2 di Olbia
agli Uffici Amministrativi

Il sottoscritto: Cognome _____ Nome _____
Genitore di _____
Nato a _____ il ___/___/___ residente a _____
via _____ n° _____ CAP _____
iscritto al S.S.N. con il Pediatra Dott. _____

In riferimento alla possibilità offerta dall'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria, D.P.R. n. 272/2000 art.26, comma 4, riguardante la prosecuzione delle cure pediatriche sino al compimento del 16° anno di età dell'assistito,

CHIEDE

Alle SS.LL. l'applicazione della normativa per la seguente motivazione:

- Patologia cronica persistente
- immaturità
- Situazione di disagio psico- sociale (es. difficoltà nell'ambito familiare, nell'ambito scolastico, disagio adolescenziale – evolutivo)

Con l' approvazione del Pediatra Dott. _____

Acconsento al trattamento dei dati personali per le finalità connesse all'ottenimento della prosecuzione dell'assistenza pediatrica, con le modalità di cui al D. Lgs 196/2003.

data ____/____/____

Firma _____