**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** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_