

Genova, li ___/___/___

Il/la sottoscritto/a _____

in qualità di _____ del/la minore _____

nato/a a _____ (____) il _____

Cod. Fisc. _____

chiede per lo/la stesso/a il mantenimento della scelta del Pediatra

Dott. _____

fino al compimento del 16° anno di età, ai sensi di quanto previsto dall'art. 41, comma 10, del vigente Accordo Collettivo Nazionale 29/07/2009, così come integrato dal punto 1 dell'Accordo Integrativo Regionale, di cui alla D.G.R. n. 721 del 21 giugno 2013.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46-47 D.P.R. 445/2000, dichiara che il/la minore è:

- a) affetto/a da handicap _____
- b) affetto da patologia cronica (specificare) _____
- c) in documentata situazione di disagio psico-sociale (barrare):
 - per rapporto di fiducia da parte dell'assistito e del genitore
 - disagio adolescenziale

In fede

Firma del genitore

Il sottoscritto Dott. _____

convenzionato come Pediatra di Libera Scelta con codesta A.S.L. - Matr reg. n. _____

letta l'istanza di _____

approva la richiesta relativa alla proroga dell'iscrizione nei propri elenchi del/la minore:

_____ per i seguenti motivi _____

e dichiara di accettarlo/la in carico fino all'età di 16 anni, ai sensi di quanto previsto dall'art. 41, comma 10, del vigente Accordo Collettivo Nazionale 29/07/2009, così come integrato dal punto 1 dell'Accordo Integrativo Regionale, di cui alla D.G.R. n. 721 del 21 giugno 2013.

In fede

Firma e timbro del medico