



Trieste/Trst, \_\_\_\_\_

Okrožju stalnega prebivališča  
SedežOggetto: richiesta prolungamento assistenza pediatrica/Zadeva: vloga za podaljšanje pediatrične oskrbeIl sottoscritto/**Podpisani a** \_\_\_\_\_ C.F./davčna številka \_\_\_\_\_  
via/piazza/**stalno prebivališče ulica/trg** \_\_\_\_\_ n./št. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_chiede/**prosim**

za naslednjega(-e) mladoletnega(-e) otroka(-e) \_\_\_\_\_ za katerega(-e) izjavljam, da imam starševsko odgovornost, V SOGLASJU z drugim staršem (navedite ime, priimek in datum rojstva drugega starša) \_\_\_\_\_ nosilec starševske odgovornosti

za naslednjega(-e) mladoletnega(-e) otroka(-e) \_\_\_\_\_ za katerega(-e) imam skrbništvo/upravno podporo

il prolungamento dell'assistenza pediatrica e, comunque, non oltre il compimento del 16° anno di età (art. 39 comma 2, ACN 10 febbraio 2022)/**za podaljšanje pediatrične oskrbe, in sicer do največ 16. leta starosti (drugi odstavek 39. člena Nacionalnega kolektivnega sporazuma z dne 10.02.2022).**

Distinti saluti/**Lep pozdrav**\_\_\_\_\_  
(firma del genitore/**podpis starša**)Il riscontro verrà inviato tramite e-mail all'indirizzo/ **Odgovor boste prejeli po e-pošti na naslov::** \_\_\_\_\_Oppure indicare la residenza/**ali pa na naslov stalnega prebivališča:** \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dott./**Podpisani a dr.** \_\_\_\_\_, Pediatra di Libera Scelta del minore su citato, dichiara di accettare il prolungamento dell'assistenza pediatrica dello stesso/ **pediater\_inja navedenega otroka, izjavljam, da soglašam s podaljšanjem otrokove pediatrične oskrbe.**

Attesta, altresì, che il minore si trova nella seguente condizione/ **Izjavljam še, da je otrokovo zdravstveno stanje naslednje:**

patologia cronica o disabilità (specificare, indicando la Struttura che ha in carico il minore)/**kronična bolezen ali invalidnost (navedite bolezen ali priložite potrdilo o invalidnosti)** \_\_\_\_\_

documentate situazioni di disagio psico-sociale (specificare, indicando anche la Struttura che ha in carico il minore)/ **potrjena psihosocialna stiska (podrobno opišite in navedite tudi ustanovo, ki obravnava mladoletnika\_co)** \_\_\_\_\_

immaturità psico-fisica/**psihofizična nezrelost** \_\_\_\_\_

---

(timbro e firma del PLS/žig in podpis pediatra)

N.B.: la presente richiesta deve essere presentata alla Struttura in indirizzo con congruo anticipo e, comunque, entro e non oltre 30 giorni prima del compimento del 14° anno di età del minore. La ritardata od incompleta compilazione del presente modulo comporterà automaticamente il mancato riconoscimento della richiesta/**Opomba: zahtevo je treba pravočasno vložiti pri zdravstvenem podjetju v naslovu, v vsakem primeru pa vsaj 30 dni pred dopolnitvijo 14. leta mladoletnika\_ce. Nepopolna ali nepravočasno oddana vloga se samodejno zavrne.**

- ACCOGLIMENTO/**ZAHTEVA JE BILA SPREJETA**
- NON ACCOGLIMENTO per le seguenti motivazioni/ **zahteva NI SPREJETA iz naslednjih razlogov**

---

(žig in podpis okrožnega zdravstvenega uradnika/referenta)