

Trieste, _____

Al Distretto di residenza/domicilio
Sede

Oggetto: richiesta prolungamento assistenza pediatrica.

Io sottoscritto/a _____ CF _____
residente in _____ via/piazza _____ n. _____
tel. _____

chiedo

PER il/i seguente minore _____ di cui dichiaro avere la responsabilità genitoriale, IN ACCORDO con l'altro genitore (indicare NOME, COGNOME E DATA DI NASCITA dell'altro genitore) _____ detentore della responsabilità genitoriale

PER il seguente minore _____ di cui ho la tutela/curatela/amministrazione di sostegno

il **prolungamento dell'assistenza pediatrica** e, comunque, non oltre il compimento del 16° anno di età (art. 39 comma 2 ACN 10 febbraio 2022)

Distinti saluti.

(firma del genitore)

Il riscontro verrà inviato tramite e-mail all'indirizzo: _____

Oppure indicare la residenza: _____

Il sottoscritto dott. _____, Pediatra di Libera Scelta del minore su citato, dichiara di accettare il prolungamento dell'assistenza pediatrica dello stesso.

Attesta, altresì, che il minore si trova nella seguente condizione:

patologia cronica o disabilità (specificare, indicando la patologia o allegando la certificazione di handicap)

documentate situazioni di disagio psico-sociale (specificare, indicando anche la Struttura che ha in carico il minore)

immaturità psico-fisica

(timbro e firma del PLS)

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.

ACCOGLIMENTO

NON ACCOGLIMENTO per le seguenti motivazioni _____

(timbro e firma del Responsabile/Referente sanitario del Distretto)