



**REGIONE  
LAZIO**

ASL \_\_\_\_\_ DISTRETTO \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI MANTENIMENTO DELL'ASSISTENZA PEDIATRICA FINO AL 16° ANNO DI ETÀ'**

Il/La Sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via/P.zza \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

del minore (1) Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a

a \_\_\_\_\_ Tessera Sanitaria n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Il mantenimento della scelta del Pediatra Dott. \_\_\_\_\_

Fino al compimento del 16° anno di età del minore \_\_\_\_\_, ai sensi del comma 10, art. 41 ACN/2005 per la pediatria di libera scelta ed integrazione dell'Accordo Regionale – DGR n. 800 del 07/11/2006.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Il/la sottoscritto/a dott. /dott.ssa \_\_\_\_\_ Codice Regionale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ dichiara di essere disposto/a a proseguire l'assistenza pediatrica nei confronti del minore \_\_\_\_\_ fino al compimento del 16° anno di età poiché sussistono le condizioni previste dall'art. 41 comma 10 ACN/2005 e s.m.i.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**PARERE DEL MEDICO DELLA ASL**

FAVOREVOLE

NEGATIVO

Eventuali motivazioni \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

1) (indicare se genitore, tutore o affidatario)