

RICHIESTA PROLUNGAMENTO ASSISTENZA PEDIATRICA OLTRE IL 14° ANNO DI ETA'
 E FINO AL COMPIMENTO DEL 16°

(Ai sensi e per gli effetti dell'art. 39 comma 2 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta e della successiva integrazione di cui all'art. 6 comma 4 dell'Accordo Integrativo Regionale 2023)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente nel Comune di _____

via _____ n _____

CHIEDE

per il proprio figlio

nato/a _____ il _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

l'autorizzazione a proseguire l'assistenza con il Pediatra di Famiglia Dott./Dott.ssa:

Data _____ Firma _____

RISERVATA AL PEDIATRA DI FAMIGLIA:

I sottoscritt_ Dott./Dott.ssa _____

Codice regionale |__!__!__!__!__!

dichiara di accettare la proroga dell'iscrizione nell'elenco dei propri assistiti del minore sopracitato e di garantire nei confronti dello stesso l'assolvimento di tutti gli obblighi previsti dai vigenti Accordi.

Data _____

Il Pediatra _____
 (Timbro e firma)