

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

Alla ASL di Viterbo

___ l ___ sottoscritt___ Cognome _____ Nome _____ nat___ a

(Prov.____), residente a _____

(Prov.____) in Via/Piazza _____ n. _____
domicilio (se diverso dalla residenza) _____ (Prov.____)
in Via/Piazza _____ n. _____ tel. _____
in qualità di (indicare il rapporto di parentela) _____ del minore
Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ il _____

CHIEDE

il mantenimento della scelta del Pediatra Dott. _____
fino al compimento del 16° anno di età del minore _____
ai sensi dell'art. 41 comma 10 dell'ACN vigente per la pediatria di libera scelta ed integrazione
dell'Accordo Regionale – DGR n. 800 del 07/11/2006.

Data _____ Firma del Richiedente _____

.....
il / la sottoscritto/a Dott. _____ 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 dell'ACN vigente per la pediatria di libera scelta ed
integrazione dell'Accordo Regionale – DGR n. 800 del 07/11/2006.

Data _____ Firma e timbro del Medico _____

Allegare alla domanda fotocopia di un documento in corso di validità.