REGIONE DEL VENETO

ULSS4 VENETO ORIENTALE

AL DIRETTORE DEL DISTRETTO
dell'Azienda ULSS n. 4 "Veneto Orientale"

Il sottoscritto _____ nato il _____

residente nel Comune di _____ in via

_____ n° _____ telefono _____

CHIEDE

per il proprio figlio/figlia _____

nato/a _____il_____

di mantenere l'assistenza dell'attuale Pediatra dr._____ fino al 16° anno di età per uno o più dei seguenti motivi:

- ☐ patologia cronica (specificare):_____
- ☐ handicap (specificare):_____
- ☐ situazione di disagio psico-sociale (vedi relazione allegata)

data _____ Firma del genitore richiedente _____

Parte riservata al Medico

Il sottoscritto PLS dr. _____ sotto la propria responsabilità dichiara la sussistenza delle condizioni sopra dichiarate e acconsente di mantenere l'assistenza pediatrica fino al 16° anno di età come esplicitamente richiesto dal genitore.

data _____ timbro e firma del Pediatra _____

Parte riservata al Direttore del Distretto

❑ si autorizza ❑ non si autorizza

data _____ timbro e firma del Direttore del Distretto _____