

Al Direttore Generale
Comitato Aziendale ULSS 1 DOLOMITI della Pediatria di Libera Scelta
Via Feltre, 57
32100 - BELLUNO

Data

**OGGETTO : Richiesta autorizzazione mantenimento pediatra fino al 16° anno di età. Art. 39
ACN vigente e Accordo Regionale DGR 2667 del 07/08/2006.**

Il/la sottoscritto/a nato a il
residente a in via Tel.n.
in qualità di del minore
nato a il con tessera sanitaria cartacea n.
Codice Fiscale del minore

CHIEDE

per il minore sopraindicato il mantenimento della scelta del pediatra, Dott./ssa. fino al
compimento del 16° anno di età, per i seguenti motivi (barrare con una crocetta il motivo):

- a) patologia grave, cronica e persistente risultante da attestazione di esenzione presente in anagrafe sanitaria (AUR);
- b) immaturità psico-fisica risultante da attestazione del verbale della Commissione Legge n. 104/1991;
- c) situazioni psico-sociali causa di rischi o problematiche fisiche gravi risultante da documentazione clinica allegata in busta chiusa;
- d) ulteriori situazioni di fragilità certificate dal pediatra (con certificazione/relazione allegata in busta chiusa)

*** **

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa accetta la richiesta di cui sopra attestando
che il minore rientra in una delle seguenti situazioni (barrare con una crocetta il motivo):

- ☐ **patologia grave, cronica e persistente**
- ☐ **immaturità psico-fisica**
- ☐ **situazioni psico-sociali**
- ☐ **ulteriori situazioni di fragilità**

in relazione alle situazioni sopra indicate attesta che

.....
.....
.....

**Importante: le richieste di cui alla lettera c) e d) non saranno esaminate senza la documentazione clinica o la
certificazione/relazione del pediatra da allegare in busta chiusa per garantire la riservatezza dei dati.**

Data,

.....
(Firma e timbro del pediatra)

Per i casi di cui alle lett. c) e d) PARERE COMITATO AZIENDALE IN DATA

| Positivo oppure Negativo per

Per i casi di cui alle lett. a) e b) PARERE DEL DIRETTORE DEL DISTRETTO/CURE PRIMARIE IN DATA

| Positivo oppure Negativo per