



### DOMANDA DI MANTENIMENTO DEL PEDIATRA OLTRE IL 14° ANNO DI ETÀ'

(da compilare presso il Punto Sanità/ Distretto oppure effettuare la scelta allo Sportello Amministrativo Distrettuale online sul sito Aziendale <https://www.aulss5.veneto.it/> )

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ in qualità di genitore / tutore  
della/del minore \_\_\_\_\_ nata/o il \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di poter mantenere l'assistenza pediatrica prestata da Dr.ssa/Dr. \_\_\_\_\_

per la seguente motivazione (barrare una delle opzioni sotto riportate):

- patologia grave, cronica e persistente, immaturità psico-fisica, situazioni psico-sociali causa di rischi, problematiche fisiche gravi;
- assistito con età maggiore di 14° che risiede in un ambito presso il quale non vi è alcuna disponibilità di posti di MMG (**condizione che sarà verificata al momento della presentazione della richiesta**).

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONE DEL PEDIATRA

Io sottoscritto/a dr.ssa / dr. \_\_\_\_\_, avvallo la richiesta di continuare ad assistere la/il minore \_\_\_\_\_ fino al raggiungimento del 16° anno di età.

Data,

timbro e firma del Pediatra

\_\_\_\_\_

Il richiedente **autorizza** l'Azienda Ulss 5 Polesana a trasmettere la tessera sanitaria all'indirizzo di posta elettronica sopra indicato. **Autorizza** inoltre, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, il trattamento e la comunicazione dei dati che lo riguardano, ai soli fini del procedimento richiesto e per cui è stata resa la suddetta dichiarazione.

La presente dichiarazione viene resa ai sensi del D.P.R. 445/2000 ed in particolare dell'art. 76 in materia di responsabilità penale per false dichiarazioni, falsità negli atti e l'uso di atti falsi.