

	MANTENIMENTO DEL PEDIATRA DI FAMIGLIA DAI 14 AI 16 ANNI DISTRETTO PADOVA BACCHIGLIONE, DISTRETTO PADOVA COLLI, DISTRETTO PADOVA PIOVESE, DISTRETTO ALTA PADOVANA, DISTRETTO PADOVA SUD UOS Servizi amministrativi distrettuali	Codifica 02.22.00	Rev.00 del 01/09/2022
			Pag. 1 di 1

DOMANDA PER IL MANTENIMENTO DEL PEDIATRA DI FAMIGLIA DAI 14 AI 16 ANNI

Il sottoscritto _____ nato il _____ residente a _____
 in via _____ n. _____ CF _____
 Tel./Cell. _____ e-mail _____

CHIEDE L' AUTORIZZAZIONE A MANTENERE IL PEDIATRA FINO AL 16 ° ANNO DI ETA'

per i propri figli:

_____ nato il _____ CF _____
 _____ nato il _____ CF _____

Il pediatra dr. _____, iscritto nell'elenco dei medici convenzionati del
 Comune di _____ con ambulatorio sito in via _____

PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI (barrare con una crocetta il motivo):

- patologia grave, cronica e persistente;
- immaturità psico-fisica;
- situazioni psico-sociali causa di rischi o problematiche fisiche gravi;
- ulteriori situazioni individuate dall'Azienda ULSS 6 Euganea, sentito il Comitato Aziendale "problematiche dello sviluppo puberale"

_____, li _____
 Firma Luogo Data

Da compilare a cura del Pediatra:

Il sottoscritto Dr. _____ dichiara di accettare la scelta in suo
 favore che il/la Sig. /Sig.ra _____ intende effettuare per i propri figli sopra
 indicati, sussistendo le motivazioni indicate nella domanda.

_____ Timbro e firma del pediatra
 Data

I trattamenti dei dati personali, nell'ambito delle attività dello sportello on line, avvengono con le modalità descritte nell'informazione ai sensi dell'art. 13 e 14 del regolamento europeo (UE 2016/679), pubblicate nel portale aziendale (<https://www.aulss6.veneto.it/Privacy>).