

**MODULO PER LA RICHIESTA DI MANTENIMENTO DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA SINO AL
COMPIMENTO DEL 16° ANNO DI ETÀ'
(ex ART. 39, COMMA 2, DELL'ACN DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA, SOTTOSCRITTO IN DATA 10/02/2022)**

PARTE DA COMPILARSI DAL GENITORE E DA CONSEGNARE AL PEDIATRA

La/il sottoscritta/o _____ Codice Fiscale _____
consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e s.m e i., nel caso di
mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria
responsabilità,

DICHIARA:

di essere nata/o a _____ prov. _____ il _____, residente in Torino,
via/corso _____ n. _____ cap _____ tel. _____,
e-mail _____, genitore del minore _____
nata/o a _____ prov. _____ il _____, residente in Torino, via/corso
_____ n. _____ cap _____,

E CHIEDE:

di poter mantenere la/il Pediatra Dr.ssa/Dr. _____ oltre il
compimento del 14° anno di età e sino al compimento del 16° anno di età (comma 2, art. 39 dell'ACN dei Pediatri di Libera
Scelta, sottoscritto in data 10/02/2022) per il proprio/a figlio/a:

| COGNOME | NOME | DATA DI NASCITA |
|---------|------|-----------------|
| | | |

Per il motivo di seguito dichiarato:

- PATOLOGIA CRONICA (**Specificare anche la presenza di eventuale esenzione**) _____

- DISABILITÀ (**Specificare anche la presenza di eventuale esenzione**) _____

- DOCUMENTATE SITUAZIONI DI DISAGIO PSICO-SOCIALE (**Specificare**) _____

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento EU n. 2016/679 (GDPR), che i dati
personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la
presente dichiarazione viene resa.

Torino, _____

Firma _____

PARTE DA COMPILARSI DAL PEDIATRA

La/il sottoscritta/o Dr.ssa/Dr. _____ Pediatra di Libera Scelta
convenzionata/o con l'ASL Città di Torino, Distretto _____ valutata la richiesta del/della
Signor/a _____, accetta la richiesta relativa al mantenimento
nei propri elenchi del minore _____ e dichiara di accettarlo sino al
compimento del 16° anno di età per i seguenti motivi:

Torino, _____

Firma _____

- Nei casi di Patologia Cronica o Disabilità **certificati da esenzione** i genitori devono consegnare il modulo, compilato e firmato in tutte le sue parti, direttamente allo sportello CUP per il prolungamento d'ufficio dell'assistenza
- Negli altri casi inviare a cura del Pediatra all'indirizzo segreteriaRapporti.mmgpls@aslcitytorino.it per la successiva valutazione