

## Mantenimento del pediatra fino all'età di 16 anni

Io sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CF. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono (*preferibilmente cellulare*) \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ n. tessera sanitaria cartacea \_\_\_\_\_

Genitore

Tutore

del minore (*cognome e nome*) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### CHIEDO

di mantenere fino all'età di 16 anni del minore il pediatra

(*nome e cognome*) \_\_\_\_\_

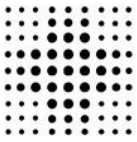
con ambulatorio nel comune di \_\_\_\_\_

e presento l'accettazione del Pediatra richiesto.

### SONO CONSAPEVOLE CHE

Le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla Legge.

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



L'informativa completa sul trattamento dei dati personali è rinvenibile sul sito aziendale

<https://www.ausl.re.it/privacy>

Data \_\_\_\_\_

Firma (*leggibile*) \_\_\_\_\_

## DA LEGGERE CON ATTENZIONE

Per chiedere medico di medicina generale/pediatra di libera scelta si può presentare la richiesta:

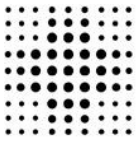
- per posta all'indirizzo Ufficio SAUB distrettuale - Via Donatori di sangue, 1 – 42016 Guastalla
- per posta elettronica a [guastallasportellounico@ausl.re.it](mailto:guastallasportellounico@ausl.re.it)
- con Posta Elettronica Certificata (PEC) a [sportellounicoguastalla@pec.ausl.re.it](mailto:sportellounicoguastalla@pec.ausl.re.it)

## SCELGO DI

- ricevere la tessera sanitaria cartacea con il medico scelto all'indirizzo di posta elettronica (*specificare e-mail*) \_\_\_\_\_
- ricevere la tessera sanitaria cartacea con il medico scelto all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) (*specificare PEC*) \_\_\_\_\_
- ricevere la tessera sanitaria cartacea con il medico scelto per posta all'indirizzo di domicilio (*indicare*) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

***Se usa il servizio di Posta/e-mail deve allegare obbligatoriamente una fotocopia di un suo documento di identità valido.***

**A causa del CORONAVIRUS e fino a nuove disposizioni NON sarà possibile consegnare documenti e ritirare la tessera sanitaria cartacea di scelta medico di persona o da persona delegata negli uffici dell'Azienda USL del distretto di residenza.**



**MODULO ACCETTAZIONE PER IL MANTENIMENTO IN CARICO  
DEL MINORE FINO A 16 ANNI DI ETÀ**

Io sottoscritto/a Dott.

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Convenzionato come Pediatra di Libera Scelta presso l'AUSL di Reggio Emilia accetto di assistere il minore fino a 16 anni di età:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

che si trova in una delle seguenti condizioni:

- Patologia o Handicap, *codice:* \_\_\_\_\_
- Documentata situazione di disagio psichico-sociale, *codice:* \_\_\_\_\_
- Patologia, malattia cronica, *codice:* \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma (*leggibile*) \_\_\_\_\_