

Mantenimento del pediatra fino all'età di 16 anni

Io sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____ nato il _____

a _____ prov. _____ CF. _____ residente a _____ prov. _____ CAP _____

in via/piazza _____ n. _____

telefono (*preferibilmente cellulare*) _____

email _____ n. tessera sanitaria cartacea _____

Genitore

Tutore

del minore

(*cognome/nome*) _____

nato a _____ prov. _____ il _____

CHIEDO

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

(*nome e cognome*) _____

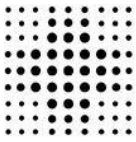
con ambulatorio nel comune di _____

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 il mantenimento del pediatra si può presentare la richiesta:

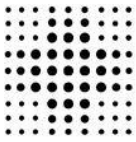
- Per posta all'indirizzo Ufficio SAUB distrettuale – Corso A. Vallisneri, 41 – 42019 Scandiano
- per posta elettronica scandianosportellounico@ausl.re.it
- Posta Elettronica Certificata (PEC) sportellounicoscandiano@pec.ausl.re.it

SCELGO DI

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

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*) _____