



DOMANDA DI MANTENIMENTO DELL'ASSISTENZA PEDIATRICA DAL COMPIMENTO DEL 14° ANNO AL COMPIMENTO DEL 16° ANNO DI ETÀ

Io sottoscritto/a _____ CF _____ residente

a _____ in via _____ n. _____

Recapito telefonico _____ email _____

in qualità di ☐ Genitore ☐ Tutore ☐ Affidatario del Minore

Cognome e nome _____ CF _____ Data Nascita _____

Assistito dal Pediatra dott./dott.ssa _____ Tel _____ Mail _____

CHIEDE

di poter mantenere l'assistenza pediatrica fino al compimento del 16° anno per la seguente motivazione:

- ☐ PATOLOGIA CRONICA CON ESENZIONE TICKET
- ☐ ASSISTENZA PROGRAMMATA AMBULATORIALE (APA) O DOMICILIARE (ADI/ADP) IN CORSO
- ☐ INVALIDITÀ CIVILE
- ☐ DISAGIO PSICO-SOCIALE
- ☐ DIFFICOLTÀ IN AMBITO FAMILIARE O DISAGIO SCOLASTICO
- ☐ SUPPORTO ALLO SVILUPPO PSICO-FISICO ADOLESCENZIALE

Sono consapevole che la domanda potrà essere presentata entro nove mesi dalla data del compimento del 14° anno e che oltre tale data la domanda non sarà accettata. Sono consapevole, infine, che i dati forniti direttamente dall'utente sono tutelati dal Reg. 679/2016/UE e s.m.i. e pertanto saranno utilizzati, anche in forma digitale, per la sola ed esclusiva fornitura di prestazioni e/o servizi dallo stesso richiesti, garantendo la sicurezza e riservatezza dei dati stessi. A tale scopo autorizzo l'ASST di competenza ad utilizzare i dati da me forniti con la presente domanda per la gestione degli elenchi degli iscritti al SSR e di comunicarli al pediatra da me scelto per mio/a figlio/a, nonché agli altri pediatri associati e all'i rispettivo/i sostituto/i.

Data ____/____/____

Firma del richiedente _____

Firma del 2° genitore _____

(presentare relativi documenti di identità)

In caso di firma di un solo genitore, quest'ultimo, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di effettuare la scelta di comune accordo con l'altro genitore, in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale ovvero in conformità a disposizione di legge o a provvedimenti dell'autorità giudiziaria (artt. 316, 337ter e 337quater del codice civile). Ai sensi della normativa vigente, la scelta del pediatra è effettuata, nell'esercizio della responsabilità genitoriale, congiuntamente da entrambi i genitori, salvo che ricorrano le seguenti fattispecie: unico genitore che ha riconosciuto il minore; impedimento o lontananza di uno dei genitori che renda impossibile l'esercizio della responsabilità genitoriale; affidamento superesclusivo ad uno dei genitori.

Io sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ dichiaro di essere disposto/a a proseguire l'assistenza pediatrica nei confronti del suddetto minore, ai sensi dell'art. 39 comma 2 del vigente ACN.

Data ____/____/____

Firma e timbro del Pediatra _____

INFORMATIVA PRIVACY INTERESSATI- Ufficio scelta e revoca

Ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati (Regolamento UE 2016/679) e del D.Lgs 196/2003 s.m.i.

La informiamo che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati all'ASST Papa Giovanni XXIII saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali, nel rispetto del Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'ASST Papa Giovanni XXIII. In qualità di interessato, potrà esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20 e 21 del Regolamento UE n. 679/2016. L'informativa completa ("Informativa privacy interessati. Ufficio scelta e revoca") redatta ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016, è disponibile presso l'ASST e consultabile sul sito web istituzionale all'indirizzo www.asst-pg23.it



pg23.it, nella sezione privacy. Nella stessa sezione del sito sono reperibili i dati di contatto del Data protection officer/Responsabile della protezione dei dati individuato dall'ASST.