



Il/la sottoscritto/a:

**1)** \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

cod. fiscale \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

indirizzo mail \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a:

**2)** \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

cod. fiscale \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

indirizzo mail \_\_\_\_\_

### IN QUALITA' DI GENITORE

ai sensi e per gli effetti dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Libera Scelta

#### CHIEDE

per il proprio/a/i figlio/a/i di seguito elencati

Cognome e nome	Data di nascita	Cod. fiscale	Attuale Pediatra

l'autorizzazione ad avvalersi dell'opera professionale del/della

Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_ che svolge la propria attività

di medico convenzionato nel Comune di \_\_\_\_\_

per i seguenti motivi: (barrare le caselle che interessano)

- Prosecuzione di rapporto fiduciario preesistente (a seguito del trasferimento di residenza in Comune fuori dal territorio dell'ATS INSUBRIA);
- Prosecuzione di rapporto fiduciario preesistente a seguito del trasferimento di residenza nell'ambito territoriale dell'ATS INSUBRIA;
- Presenza di una patologia di particolare competenza specialistica in possesso del Pediatra scelto;
- Presenza di gravi e obiettive circostanze che ostacolano il normale rapporto di fiducia in ambito ove tutti gli altri medici sono massimalisti;
- Ospite di comunità dove il pediatra scelto è il pediatra di riferimento;
- Minore di 14 anni compiuti con richiesta di mantenimento del pediatra fino a 16 anni - solo in presenza di patologia cronica, disabilità, anomalia di sviluppo puberale - allegare certificazione del pediatra.

Data, \_\_\_\_\_ Firma Genitore 1 \_\_\_\_\_

Firma Genitore 2 \_\_\_\_\_

