



Trieste, _____

Alla S.C. Gevap - Coordinamento Gestione
Convenzioni Medicina Generale e Specialistica
via Farneto 3
34100 Trieste

Oggetto: richiesta prolungamento assistenza pediatrica.

Il sottoscritto _____, genitore o tutore (indicare gli estremi del provvedimento in qualità di tutore) del minore _____, nato a _____ il _____, CRA _____, chiede il **prolungamento dell'assistenza pediatrica** e, comunque, non oltre il compimento del 16° anno di età (art. 41 comma 10, dell'A.C.N. del 15 dicembre 2005, così come integrato dall'A.C.N. del 29 luglio 2009).

Distinti saluti.

(firma del genitore)

Il riscontro verrà inviato tramite e-mail all'indirizzo: _____

Oppure indicare la residenza: _____

Il sottoscritto dott. _____, Pediatra di Libera Scelta del minore su citato, dichiara di accettare il prolungamento dell'assistenza pediatrica dello stesso.

Attesta, altresì, che il minore si trova nella seguente condizione:

patologia cronica o handicap (specificare, indicando la patologia od allegando la certificazione di handicap)

documentate situazioni di disagio psico-sociale (specificare, indicando anche la Struttura che ha in carico il minore)

immaturità psico-fisica

(timbro e firma del PLS)

N.B.: la presente richiesta deve essere presentata alla Struttura in indirizzo con congruo anticipo e, comunque, entro e non oltre 30 giorni prima del compimento del 14° anno di età del minore. La ritardata od incompleta compilazione del presente modulo comporterà automaticamente il mancato riconoscimento della richiesta.

ACCOGLIMENTO

NON ACCOGLIMENTO per le seguenti motivazioni _____

d.d. Prot. N.

Resp. Istruttoria: _____

S.C. GEVAP
Coordinamento Gestione del Personale
Referente per la medicina Convenzionata
dott. Giovanni Maria FARINA