



**RICHIESTA DI MANTENIMENTO
DELL'ASSISTENZA DEI MINORI
ULTRA QUATTORDICENNI
fino al compimento del 16° anno di età**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/ATTO DI NOTORIETÀ

Resa ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
e residente a _____ in via _____ n. _____
tel. _____ mail _____

E

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
e residente a _____ in via _____ n. _____
tel. _____ mail _____

consapevoli delle sanzioni previste dal Codice Penale, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità,

IN QUALITÀ DI GENITORI

(ai sensi della normativa vigente, la scelta del Medico per i minori deve essere effettuata congiuntamente da entrambi i genitori)

OPPURE

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
e residente a _____ in via _____ n. _____
tel. _____ mail _____

consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità,

IN QUALITÀ DI:

- **GENITORE / persona esercente la potestà genitoriale, in quanto:**
 - impedimento, lontananza o incapacità di uno dei genitori che renda impossibile l'esercizio della responsabilità genitoriale congiunta
 - unico genitore che ha riconosciuto il minore
 - affidamento superesclusivo ad uno dei genitori (allegare copia del provvedimento del Giudice che attribuisce al genitore affidatario le decisioni di maggior interesse in via esclusiva senza necessità dell'accordo dell'altro coniuge)
- **TUTORE /AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO con delega specifica alla tutela della salute**

CHIEDONO/CHIEDE

Per il/i seguente/i MINORE/I e/o tutelato/i,

Nome e Cognome	Data di nascita	Luogo di nascita	Grado di parentela/ Tutore

di poter mantenere l'assistenza pediatrica fino al compimento del sedicesimo anno di età ai sensi di quanto previsto dall'Art. 39 comma 2 dell'Accordo Collettivo Nazionale pediatria

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI IN AMBITO SANITARIO

(Regolamento UE 679/2016) Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui agli Artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679.

data _____

Firma GENITORE/TUTORE _____

Firma 2° GENITORE (barrare se unico richiedente) _____

A carico del medico Pediatra:

Il sottoscritto dott. _____ dichiara di essere disponibile al proseguimento dell'assistenza pediatrica al minore in quanto affetto da:

Patologia cronica di cui al DPCM del 12/01/2017. Allegati 7 e 8. Per accettazione le patologie devono essere registrate nel data base Aziendale dell'Anagrafe Assistiti. Invalidità civile riconosciuta che rilascia il diritto all'esenzione dalla compartecipazione alla spesa Sanitaria. Per accettazione le patologie devono essere registrate nel data base Aziendale dell'Anagrafe Assistiti.

Immaturità psico-fisica. Con idonea certificazione da valutare da parte del Direttore di Distretto di competenza.

Documentate situazioni di disagio psicosociale. Per accettazione le esenzioni Regionali H01 – H02 – H03 devono essere registrate nel data base Aziendale dell'Anagrafe Assistiti.

Data _____

Timbro e firma del medico pediatra

Documenti da allegare PER OGNI RICHIEDENTE:

- **Fotocopia documenti di identità in corso di validità**