



Ospedale Maggiore di Lodi
Presidi e Distretti del Lodigiano

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Lodi

RICHIESTA PROLUNGAMENTO ASSISTENZA PEDIATRICA OLTRE IL 14° ANNO DI ETÀ' E FINO AL COMPIIMENTO DEL 16°

*(Ai sensi e per gli effetti dell'art. 39 comma 2 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Famiglia
e della successiva integrazione di cui all'art. 6 comma 4 dell'Accordo Integrativo Regionale 2023)*

Il/La sottoscritto/a _____

in qualità di genitore

CHIEDE

per il proprio figlio _____

nato/a il _____ Codice fiscale _____

l'autorizzazione a continuare ad avvalersi dell'opera professionale del Pediatra di Famiglia Dott./Dott.ssa:

_____ cod. reg. _____

Data _____

Firma _____

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi degli artt. 13 e 14 Reg. UE n. 2016/679 e del vigente D.lgs. 196/03

La informiamo che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per eseguire i propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio di pubblici poteri a fronte dei servizi richiesti dall'utente. In relazione ai dati personali conferiti, gli interessati hanno il diritto, compatibilmente agli obblighi di legge vigenti, di ottenere l'accesso ai propri dati, copia, rettifica, cancellazione o la limitazione del trattamento o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento). Nel caso il trattamento avvenga in violazione del citato Regolamento, l'interessato ha diritto, inoltre, di proporre reclamo al Garante o di adire le opportune sedi giudiziarie. Resta inteso che il conferimento dei dati è strettamente necessario, tuttavia l'eventuale rifiuto a fornirci, in tutto o in parte, i suoi dati personali potrà comportare la mancata o parziale esecuzione della richiesta presentata. Per prendere visione dell'informativa completa, si invita l'interessato a consultare e/o chiedere copia della modulistica allegata oppure prendere visione delle informative esposte nei locali e/o presenti sul sito www.asst-lodi.it. **Dati di contatto del Titolare del Trattamento:** Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi, Piazza Ospedale, 10 – 26900 Lodi, Tel. 0371-371; Indirizzo mail protocollo@pec.asst-lodi.it; **Dati di contatto Responsabile della Protezione dei Dati personali:** Dott.ssa Maria Francesca Fasano; Viale Savoia, 1 – 26900 Lodi; Tel. 0371-371; mail dpo@asst-lodi.it.

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi

26900 Lodi - Piazza Ospitale ,10 - Tel. 0371-37.1 / Fax 0371-37.6438 -
C.F. e P.IVA 09322180960



Ospedale Maggiore di Lodi
Presidi e Distretti del Lodigiano

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Lodi

RISERVATA AL PEDIATRA DI FAMIGLIA SCELTO

I sottoscritt_ Dott./Dott.ssa

dichiara di accettare la proroga dell'iscrizione nell'elenco dei propri assistiti del minore sopracitato e di garantire nei confronti dello stesso l'assolvimento di tutti gli obblighi previsti dai vigenti Accordi.

Il presente modulo può essere presentato agli sportelli scelta/revoca, anche dopo il compimento del 14° anno, purché non sia stata ancora effettuata la scelta nei confronti di un Medico di Medicina Generale.

Il Pediatra _____
(Firma)

Data _____

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi

26900 Lodi - Piazza Ospitale ,10 - Tel. 0371-37.1 / Fax 0371-37.6438 -
C.F. e P.IVA 09322180960