Alla ASST .....
Sede di .....
Via .....

RICHESTA PROLUNGAMENTO ASSISTENZA PEDIATRICA OLTRE IL 14° ANNO DI ETA' E FINO AL 16° ANNO
(Ai sensi e per gli effetti dell'art. 41 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Famiglia)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a_____ il _____ Codice fiscale_____

codice assistito _____ residente nel Comune di _____

Cap _____ Via _____ n._____ Tel. _____

ASST _____

CHIEDE

❑ per il/i figlio/i minori ultraquattordicenni:

_____nato il_____ cod. assistito_____

_____ nato il _____ cod. assistito_____

_____ nato il _____ cod. assistito_____

l'autorizzazione a continuare ad avvalersi dell'opera professionale del Dr. _____

cod. reg._____che svolge la propria attività di pediatra convenzionato nel comune di _____ ASST di _____ per i seguenti motivi:
(barrare le voci che interessano)

1) continuità di cura per patologia cronica documentata e/o handicap
(☐ PIC+PAI - ☐ APA - ☐ PATOLOGIA - ☐ INVALIDITA' CIVILE)
2) documentata situazione di disagio psico-sociale (allegare documentazione in busta chiusa ☐)

Allega dichiarazione di accettazione del pediatra (vedi retro)

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.

Data _____ Firma

_____

RISERVATA AL PEDIATRA SCELTO:

__l__ sottoscritt_ dichiara di accettare l'iscrizione nell'elenco dei propri assistiti del minore ultraquattordicenne_____
e di garantire nei confronti dello stesso/degli stessi l'assolvimento di tutti gli obblighi previsti dal vigente ACN, comprese le visite domiciliari, ove necessarie, secondo quanto previsto dall'ACN vigente.

Dichiara altresì di aver attivato: ☐ PIC+PAI - ☐ APA

Il Pediatra _____
(Timbro e firma)

Luogo e data _____

ASST_____

Parere del Medico Dirigente dell'ASST : FAVOREVOLE / SFAVOREVOLE

Data_____

Firma e Timbro

_____

ASST DI LODI