



**AL DIRETTORE DEL DISTRETTO
dell'Azienda ULSS n. 4 "Veneto Orientale"**

Il sottoscritto _____ nato il _____
 residente nel Comune di _____ in via
 _____ n° _____ telefono _____

CHIEDE

per il proprio figlio/figlia _____
 nato/a _____ il _____
 di mantenere l'assistenza dell'attuale Pediatra dr. _____ fino
 al 16° anno di età per uno o più dei seguenti motivi:

- patologia cronica (specificare): _____
- handicap (specificare): _____
- situazione di disagio psico-sociale (vedi relazione allegata)

data _____ Firma del genitore richiedente _____

Parte riservata al Medico

Il sottoscritto PLS dr. _____ sotto
 la propria responsabilità dichiara la sussistenza delle condizioni sopra dichiarate e acconsente di
 mantenere l'assistenza pediatrica fino al 16° anno di età come esplicitamente richiesto dal
 genitore.

data _____ timbro e firma del Pediatra _____

Parte riservata al Direttore del Distretto

si autorizza non si autorizza

data _____ timbro e firma del Direttore del Distretto _____