

RICHIESTA PROLUNGAMENTO ASSISTENZA PEDIATRICA OLTRE IL 14° ANNO DI ETÀ
E FINO AL COMPIMENTO 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 _____

nato/a _____ il _____

residente nel Comune di _____

via _____ n _____

CHIEDE

per il proprio figlio _____

nato/a _____ il _____

Codice fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

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

_____ **MARCO ALBERTO MOIOLI (COD.REG. 45720)** _____

Data _____ Firma _____

RISERVATA AL PEDIATRA DI FAMIGLIA SCELTO:

il _ sottoscritto Dott. _____ **MARCO ALBERTO MOIOLI.** _____

Codice regionale | 4 | 5 | 7 | 2 | 0 |

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.

Dott. MARCO ALBERTO MOIOLI

PEDIATRA

Cod. Reg. 45720

Il Pediatra _____

(Timbro e firma)

Data _____

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.