

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
C.F. e P.I. 00821180577
U.O.C. Distretto 1 Rieti Antrodoco S. Elpidio
Il Direttore: Dott. Antonio Boncompagni

DOMANDA PER IL MANTENIMENTO DEL PEDIATRA DI FAMIGLIA DAI 14 AI 16 ANNI
(ai sensi del comma 10, art.41 ACN/2005 e s.m.i.)

Il sottoscritto _____ nato il _____ residente a _____
in via _____ n. _____ CF _____
Tel./Cell. _____ e-mail _____

CHIEDE L' AUTORIZZAZIONE A MANTENERE IL PEDIATRA FINO AL 16°ANNO DI ETA'
per il proprio figlio:

_____ nato il _____ CF _____

Il pediatra dr. _____
iscritto nell'elenco dei medici convenzionati del Comune di _____
con ambulatorio sito in via _____

Data _____ Firma _____
.....

Da compilare a cura del Pediatra:

Il sottoscritto Dr. _____ dichiara di accettare la scelta in suo
favore che il/la Sig. /Sig.ra _____ intende effettuare per il proprio figlio
poiché sussistono le condizioni previste dall'art.41 comma 10 ACN/2005 e s.m.i.

Data _____ Timbro e Firma _____
.....

PRESA D'ATTO DEL MEDICO ASL

Data _____ Timbro e Firma _____

I trattamenti dei dati personali, nell'ambito delle attività dello sportello, avvengono nel rispetto del GDPR – REG. (UE) 2016/679