

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE N. 6 PALERMO**

*Distretto 42 - Ufficio Anagrafe Assistiti*

Via Turrisi Colonna N. 43

90141 PALERMO

**DOMANDA DI MANTENIMENTO DELL'ASSISTENZA PEDIATRICA  
OLTRE I 14 ANNI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ comunica di voler

mantenere il proprio figlio/a \_\_\_\_\_ nato/a il

\_\_\_\_\_ fino al compimento del 16° anno , ai sensi dell' art. 6.1

dell'Accordo Regionale.

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefono n° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_ Pediatra di famiglia per il

Comune di \_\_\_\_\_ cod. reg. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/, dichiara che

l'assistito si trova in una delle seguenti condizioni:

- Patologia cronica persistente
- Immaturita' psico-fisico
- Disagio psico-sociale
- Disagio adolescenziale

Pertanto accetta la richiesta espressa dal/dalla Sig. \_\_\_\_\_

Timbro e firma

Parere del Comitato di Azienda

- FAVOREVOLE
- NEGATIVO

Il Presidente