



Sede legale: Via G. Cusmano, 24  
90141 PALERMO  
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

WEB [www.asppalermo.org](http://www.asppalermo.org)

### Ufficio Anagrafe Assistiti

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ comunica di volere

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
- Immaturità psico-fisica
- 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