



Trieste, \_\_\_\_\_

Al

] S.O. Distretto 1

] S.O. Distretto 2

] S.O. Distretto 3

] S.O. Distretto 4

Sede

Oggetto: richiesta prolungamento assistenza pediatrica.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ genitore o tutore (indicare gli estremi del provvedimento in qualità di tutore) del minore \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

chiede

il **prolungamento dell'assistenza pediatrica** e, comunque, non oltre il compimento del 16° anno di età (art. 41 comma 10, dell'A.C.N. del 15 dicembre 2005, così come integrato dall'A.C.N. del 29 luglio 2009).

Distinti saluti.

\_\_\_\_\_  
(firma del genitore)

Il riscontro verrà inviato tramite e-mail all'indirizzo: \_\_\_\_\_

Oppure indicare la residenza: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_, Pediatra di Libera Scelta del minore su citato, dichiara di accettare il prolungamento dell'assistenza pediatrica dello stesso.

Attesta, altresì, che il minore si trova nella seguente condizione:

- ] patologia cronica o handicap (specificare, indicando la patologia o allegando la certificazione di handicap)  
\_\_\_\_\_
- ] documentate situazioni di disagio psico-sociale (specificare, indicando anche la Struttura che ha in carico il minore)  
\_\_\_\_\_
- ] immaturità psico-fisica  
\_\_\_\_\_

(timbro e firma del PLS)

N.B.: la presente richiesta deve essere presentata alla Struttura in indirizzo con congruo anticipo e, comunque, entro e non oltre 30 giorni prima del compimento del 14° anno di età del minore. La ritardata od incompleta compilazione del presente modulo comporterà automaticamente il mancato riconoscimento della richiesta.

d.d. Prot. N.

Resp. Istruttoria:

**SEDE LEGALE ASUGI:** Via Giovanni SAI 1-3  
34128 Trieste (TS) Parco di San Giovanni  
Centralino: 040 3991111 Fax: 040 399 5113  
C.F. e P. IVA 01258370327

[asugi.sanita.fvg.it](mailto:asugi.sanita.fvg.it) – pec: [asugi@certsanita.fvg.it](mailto:asugi@certsanita.fvg.it)