



Trieste/Trst, _____

Al

- S.O. Distretto 1/Okrožje 1
- S.O. Distretto 2/Okrožje 2
- S.O. Distretto 3/Okrožje 3
- S.O. Distretto 4/Okrožje 4

Gestione Servizi Amministrativi Sede/
Služba za upravljanje administrativnih storitev – sedež

Oggetto: richiesta prolungamento assistenza pediatrica/Zadeva: vloga za podaljšanje pediatrične oskrbe

Il sottoscritto/**Podpisani_a** _____ genitore o tutore (indicare gli estremi del provvedimento in qualità di tutore) del minore/**starš ali skrbnik (navedite podatke o odločbi o skrbništvu mladoletnika_ce** nato_a il/**datum rojstva** _____
C.F./**davčna številka** _____ residente in via/piazza/**stalno prebivališče**
ulica/trg _____ n./št. _____ tel. _____

chiede/prosim

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)/**za podaljšanje pediatrične oskrbe, in sicer do največ 16. leta starosti (deseti odstavek 41.čl., Nacionalnega kolektivnega sporazuma z dne 15. 12. 2005, dopolnjenega z Nacionalnim kolektivnim sporazumom z dne 29. 7. 2009).**

Distinti saluti/**Lep pozdrav.**_____
(firma del genitore/**podpis starša**)

Il riscontro verrà inviato tramite e-mail all'indirizzo/**Odgovor boste prejeli po e-pošti na naslov:** _____

Oppure indicare la residenza/**ali pa na naslov stalnega prebivališča:** _____

Il La sottoscritto_a dott./**Podpisani_a dr.** _____, Pediatra di Libera Scelta del minore su citato, dichiara di accettare il prolungamento dell'assistenza pediatrica dello stesso/**pediater_inja** navedenega otroka, **izjavljam, da soglašam s podaljšanjem otrokove pediatrične oskrbe.**

Attesta, altresì, che il minore si trova nella seguente condizione/**izjavljam še, da je otrokovo zdravstveno stanje naslednje:**

patologia cronica o handicap (specificare, indicando la patologia o allegando la certificazione di handicap)/**kronična bolezen ali invalidnost (navedite bolezen ali priložite potrdilo o invalidnosti)** _____

documentate situazioni di disagio psico-sociale (specificare, indicando anche la Struttura che ha in carico il minore)/**potrjena psihosocialna stiska (podrobno opišite in navedite tudi ustanovo, ki obravnava mladoletnika_co)** _____

immaturità psico-fisica/**psihofizična nezrelost** _____

(timbro e firma del PLS/žig in podpis pediatra)

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/**Opomba: zahtevo je treba pravočasno vložiti pri zdravstvenem podjetju v naslovu, vsekakor pa najpozneje 30 dni pred dopolnitvijo 14. Leta mladoletnika_ce. Nepopolna ali nepravočasna oddana vloga se samodejno zavrne.**

d.d. Prot. N./Zap. št. Z dne

Resp. Istruttoria/Uradna oseba za ugotovitveni postopek:

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 – pec: asugi@certsanita.fvg.it