

**RICHIESTA PROLUNGAMENTO ASSISTENZA PEDIATRICA OLTRE
IL 14° ANNO DI ETA' E FINO AL COMPIMENTO DEL 16°**

(Art. 39 comma 2 dell'ACN Pediatria di Famiglia e art. 6 comma 4 dell'AIR Pediatria 2023)

Il/La sottoscritto/a _____
in qualità di genitore tutore, con relativo potere di rappresentanza del Minore

CHIEDE

per il proprio figlio/ Minore tutelato _____

nato/a il _____ Codice fiscale _____

l'autorizzazione a continuare ad avvalersi dell'opera professionale del Pediatra di Famiglia
Dott. VITALI ALBERTO _____ Cod. Reg..18140

DICHIARA

- Di avere l'esercizio della responsabilità genitoriale e che la scelta/revoca del medico è
effettuata di comune accordo con l'altro genitore (art. 337-ter c.c. e art. 337 – quater c.c.);
 Di avere l'esercizio esclusivo della responsabilità genitoriale per mancanza o per
impedimento dell'altro genitore (art. 317 c.c.);
 Di avere l'esercizio esclusivo della responsabilità genitoriale e non è tenuto, per
disposizione del giudice a concordare con l'altro genitore le decisioni di maggiore
interesse per i figli, ai sensi dell'art. 337 – quater, terzo comma, del c.c..

Data _____ Firma Genitore 1 _____

Data _____ Firma Genitore 2 _____

RISERVATA AL PEDIATRA DI FAMIGLIA SCELTO

Il sottoscritto Dott. VITALI ALBERTO

dichiara di accettare la proroga dell'iscrizione nell'elenco dei propri assistiti del minore
sopracitato e di garantire nei confronti dello stesso l'assolvimento di tutti gli obblighi
previsti dai vigenti Accordi.

Il presente modulo può essere inviato tramite e-mail (anche direttamente dal pediatra): in
questo caso è necessario allegare copia del Documento di Identità del genitore/tutore
richiedente.

Il modello può essere presentato agli sportelli scelta/revoca, anche dopo il compimento del
14° anno, purché non sia stata ancora effettuata la scelta nei confronti di un Medico di
Medicina Generale.

Data _____

Dr VITALI ALBERTO

Tel 3397531191

Cod Reg 18140