

**RICHIESTA MANTENIMENTO PEDIATRA  
FINO AL COMPIMENTO DEL 16° ANNO DI ETÀ**

**Il sottoscritto/a**

(nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ stato di nascita \_\_\_\_\_  
nazionalità \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono (fisso o mobile) \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**in qualità di:**  diretto interessato  familiare  altro (specificare) \_\_\_\_\_

**di:**  
(nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ grado di parentela (specificare) \_\_\_\_\_  
residenza (se diversa) \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi dell'art. 41 comma 10 dell'ACN vigente per la Pediatria di Libera scelta il mantenimento del Pediatra dott. \_\_\_\_\_ fino al compimento del 16° anno di età per i seguenti motivi :

- Particolare necessità di supporto nello sviluppo psicologico adolescenziale
- Perché affetto da malattia cronica/handicap

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL Reg. UE 2016/679:**

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P., Via Carlo Boggio 12 12100 CUNEO, indirizzo email: [urp@aslcn1.it](mailto:urp@aslcn1.it)

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)

data \_\_\_\_\_ firma del richiedente(per esteso) \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DEL PLS**

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_,

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

**DICHIARA**

➤ che sussistono le condizioni sopra esposte per la seguente motivazione \_\_\_\_\_ e di accettare la richiesta di mantenimento.

Data \_\_\_\_\_ Firma del PLS \_\_\_\_\_

Il sottoscrittore è identificato con documento di identità n. .... Data .....  
Il dipendente addetto .....

## **INFORMAZIONI**

### **A COSA SERVE IL MODULO**

Il presente modulo serve agli assistiti che, ai sensi dell'art. 41 comma 10 dell'ACN vigente per la Pediatria di Libera scelta possono richiedere il mantenimento del PLS fino al compimento del 16° anno di età per i motivi contemplati nella normativa stessa.

### **CHI DEVE COMPILARE IL MODULO**

La richiesta deve essere compilata dal genitore esercente la potestà o dal tutore, unitamente al PLS, che deve compilare la dichiarazione riportata in calce al modulo stesso.

### **MODALITA' DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL**

Il modulo può essere:

- a) Consegnato allo Sportello centrale o periferico multifunzionale e sottoscritto dall'interessato in presenza del dipendente addetto\*, ovvero sottoscritto e presentato unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art 38, comma 3 DPR 445/2000)
- b) *firmato e spedito per posta, da PEC o da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo: [protocollo@aslcn1.legalmailPA.it](mailto:protocollo@aslcn1.legalmailPA.it) allegando fotocopia di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore*
- c) *firmato digitalmente dal sottoscrittore e trasmesso all'indirizzo: [protocollo@aslcn1.legalmailPA.it](mailto:protocollo@aslcn1.legalmailPA.it)*

### **Avvertenze**

- Si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione

### **MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA**

Il Distretto territorialmente competente, acquisito il parere del Direttore o dell'UMAD, comunica per iscritto la decisione al richiedente ed al PLS interessato.

Nel caso in cui il richiedente desideri avere riscontro tramite invio telematico ma non disponga di indirizzo Pec, le modalità di trasmissione dovranno essere preventivamente concordate con la Struttura di competenza, che, in caso di trasmissione di dati sensibili, dovrà tener conto anche delle disposizioni del DPCM 08.08.2013

### **TEMPO DI RISPOSTA:**

30 gg. dalla data dell'UMAD - Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito [www.aslcn1.it](http://www.aslcn1.it)

### **RIFERIMENTI E LINK**

<b>Distretti</b>	<a href="https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/distretti-sanitari/isciversi-al-sistema-sanitario-nazionale">https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/distretti-sanitari/isciversi-al-sistema-sanitario-nazionale</a>
------------------	---