

**RICHIESTA DI MANTENIMENTO DELLA SCELTA A FAVORE DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA
OLTRE IL 14° ANNO DI ETÀ'**

Io sottoscritto (padre/madre) _____
nato a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n. _____
tel. n. _____ cod. fisc. _____

Oppure

Io sottoscritto (tutore) _____
nato a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n. _____
tel. n. _____ cod. fisc. _____

del minore _____

CHIEDE/CHIEDONO

Che il proprio figlio _____

Nato a _____ il _____

Possa continuare ad essere assistito da dott. _____

Fino al compimento del 16° anno di età.

_____ lì _____
firma del padre/madre/tutore _____

Il sottoscritto dott./dott.ssa _____ dichiara di accettare la richiesta

Firma del curante _____

Allegano, a tal fine, copia dei documenti di riconoscimento di entrambi i genitori o del tutore e
tessera sanitaria del minore