

MODULO MANTENIMENTO SCELTA DEL PEDIATRA

Modulo mantenimento scelta del Pediatra dal 14° al 16° anno

Art. 41, comma 10 - ACN 15 Dicembre 2005

Alla ASL LE/1

Distretto Socio Sanitario di Maglie

Il/La sottoscritto/a _____

In qualità di genitore di _____

richiede per lo stesso il mantenimento della scelta del Pediatra Dott. Dario Ingletto fino al compimento del 16° anno di età, ai sensi del comma 10. Art 41 dell' ACN della Pediatria di Famiglia del 15 dicembre 2005.

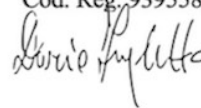
Il sottoscritto Dott. Dario Ingletto

- ☒ Pediatra convenzionato con Codesta ASL LE/1 - Regione Puglia dichiara di accettare l'assistito in carico fino al compimento del 16° anno per il seguente motivo:

☐ Patologia cronica o handicap;

☒ Disagio Psicosociale.

ASL LECCE
Distretto di Maglie
Dott. Dario Ingletto
Specialista in Pediatria
Cod. Reg. 939558



Il genitore o esercente la p.p.

Luogo: Muro Leccese _____