

**DOMANDA DI PROROGA  
DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (PLS) FINO AI 16 ANNI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

domiciliato a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Tel./Cell. \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace o comunque non corrispondente al vero,  
così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000;

**DICHIARA**  
**di essere genitore e di esercitare la responsabilità genitoriale del figlio/a sotto indicato/a**

**E CHIEDE**  
**di poter mantenere il Pediatra di Libera Scelta (PLS): dott./dott.ssa \_\_\_\_\_**  
**fino ai 16 anni per il/i sotto indicato/i figlio/i:**

Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	N. Tessera Sanitaria Regionale

Allegati:

1. Documento d'identità del richiedente;
2. Codice Fiscale del richiedente.

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_  
*Il genitore richiedente dichiara che l'altro genitore condivide le finalità della presente richiesta.*

**Dichiarazione del Pediatra di Libera Scelta (PLS)**  
**ai sensi dell'art. 41 dell'Accordo Regionale DGR n. 2667/2006**

La condizione dei pazienti minori, sopra riportati, rientra nelle situazioni di cui al comma 1 dell'art. 15, capo I, parte terza, dell'Accordo Regionale per la Medicina Convenzionata (indicare una crocetta):

- punto 1;  
 punto 2;  
 punto 3.

Per tale motivo il sottoscritto PLS accetta la prosecuzione del rapporto di fiducia fino al compimento del 16° anno di età.

Data \_\_\_\_\_ Timbro e firma del Pediatra di Libera Scelta \_\_\_\_\_