

Domanda assegnazione pediatra ai sensi dell'art. 39, comma 13 dell'A.C.N. 2009.

Il/La sottoscritto/a nato/a a
Il, residente in via n.c.
domiciliato dal .../.../... in (...) via n.
riconosciuto tramite documento di identità (tipo)
rilasciato da in data / /,
con scadenza / / genitore del/della minore nato il
nel Comune di Prov. (.....) e residente in via n.
nel Comune di Prov.(.....) (ai sensi dell'art. 47 del DPR 28.12.2000, n. 445,
consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni
mendaci e che ciò può comportare la decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla
base di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dall'art. 75 e 76 del predetto decreto

CHIEDE

**in accordo con l'altro genitore (di cui si allega copia del documento d'identità), che al/alla proprio/a
figlio/a sia assegnato un Pediatra di Libera Scelta convenzionato con
la Azienda U.S.L ROMA 6, ai sensi dell'articolo 39, comma 13 dell'ACN PLS 2009:**

**Sono stato/a informato/a che, ai sensi dell'articolo sopra citato, ove fosse nominato un nuovo
Pediatra nel territorio del Distretto H1, lo stesso mi sarà assegnato d'ufficio sempre che io non abbia
provveduto alla sua scelta entro 30 giorni dalla comunicazione della ASL competente per territorio.**

*Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03, che i dati
personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del
procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

..... Li,

IL FUNZIONARIO COMPETENTE

IL DICHIARANTE

.....
.....
NOTA: Ai sensi dell'art. 38 del DPR 28.12.2000, n. 445, la presente dichiarazione può essere inviata unitamente alla fotocopia di un documento di identità del dichiarante (allegare una copia del documento di identità per ogni singola dichiarazione), oppure prodotta direttamente e quindi firmata in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione.