

Al Direttore del Distretto Sanitario

di _____

Il sottoscritto Dott. _____, pediatra convenzionato nel Comune di _____,

chiede

secondo quanto previsto dall'Accordo Integrativo Regionale dei Medici Specialisti Pediatri di Libera Scelta (deliberazione G.R. del 01/06/2007), nel Progetto Obiettivo Cure Primarie Pediatriche, **l'attivazione del servizio di assistenza ambulatoriale ai bambini con patologia cronica**, per i seguenti pazienti:

| Cognome e Nome | Codice Fiscale |
|----------------|----------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Allega alla presente, in busta chiusa e per ciascun paziente, la comunicazione della patologia di particolare impegno assistenziale e il programma articolato di interventi socio-sanitari previsto.

_____, lì _____

Distinti saluti.