

Ansuchen um die Beibehaltung des/der Kinderarztes/Kinderärztin bis zum 16. Lebensjahr des/der Sohnes/Tochter

Domanda di mantenimento del/la pediatra fino al 16° anno d'età del/la figlio/figlia

Der/die unterfertigte - il/la sottoscritto/a
 geboren am - nato/a il
 ansässig in - residente a
 Str./via
 Tel.-Nr. - n. tel.
 Zertifizierte E-mail Adresse (PEC)
 Indirizzo di posta elettronica certificata
 Vater/Mutter des/der -padre/madre di
 geboren am - nato/a il
 Steuernummer – codice fiscale

ersucht um die Beibehaltung des/der Kinderarztes/Kinderärztin

chiede il mantenimento del/la pediatra

Dr.

bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres.

fino al compimento del 16° anno d'età.

.....
(Datum / data)

.....
(Unterschrift / firma)