

# SCELTA O CAMBIO DEL MEDICO DI FAMIGLIA

Io sottoscritt \_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

cod. fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

tel. \_\_\_\_\_ e.mail \_\_\_\_\_

**in qualità di**

diretto interessato     genitore con potestà genitoriale     tutore legale

**CHIEDO**

consapevole della responsabilità penale cui potrò andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del DPR 445/2000

**che sia assegnato il dott. \_\_\_\_\_ a favore di:**

_____	_____																				
cognome	nome																				
nat ____ il ____ / ____ / ____ a _____ prov _____																					
residente a _____ via/piazza _____ n. _____																					
cod. fiscale <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																					
tel. _____ e.mail _____																					

**per la seguente motivazione:**

SCELTA DI ALTRO MEDICO, indicare il nominativo del medico precedente

dott. \_\_\_\_\_

VARIAZIONE DI RESIDENZA, indicare la vecchia residenza:

Comune \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

PRIMA ISCRIZIONE AL SSN

**CHIEDO inoltre che il documento di assegnazione del medico sia inviato**

tramite posta ordinaria all'indirizzo

tramite e-mail all'indirizzo

tramite fax al numero

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679.

Per saperne di più sul trattamento dei dati personali consulta il sito:

<http://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda>



Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**DA ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITÀ DELL'INTERESSATO/GENITORE/TUTORE**

**INVIARE** il presente modulo e relativi allegati (*scegliere la modalità preferita*):

- al fax numero 0571-878663
- all'indirizzo [sportellofacile@uslcentro.toscana.it](mailto:sportellofacile@uslcentro.toscana.it)
- all'indirizzo: Azienda Usl Toscana centro – SOC Servizi ai cittadini, 50053 Empoli - Via dei Cappuccini 79