SCELTA O CAMBIO DEL PEDIATRA DI FAMIGLIA

lo sottoscritt ____ _____

nat __ il ____ / ____ / _____ a _____ prov _____

residente a _____ via/piazza _____ n. _____

cod. fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

tel. _____ e.mail _____

in qualità di

☐ 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 | | | | | | | | | | | | | | | |

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 _____

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all'indirizzo: https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda o scansionando il QR code a margine.

Data ____ / ____ / _____ Firma _____

N.B. Allegare documento di identità dell'interessato/genitore/tutore