

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; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </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 _____

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