SCELTA O CAMBIO DEL PEDIATRA DI FAMIGLIA

Azienda USL Toscana centro
Servizio Sanitario della Toscana

Io 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

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 _____

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