

RICHIESTA DI REVOCA DEL MEDICO DI FAMIGLIA PER TRASFERIMENTO DEL DOMICILIO SANITARIO IN ALTRA ASL

All'Azienda USL Toscana centro

Io sottoscritto/a _____
(cognome) _____ (nome)

nat. il ____/____/____ a _____ (____)

residente nel comune di _____ via/piazza _____ n. _____

codice fiscale

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

 tel./cell. _____
(obbligatorio)

indirizzo e.mail _____
(obbligatorio)

per **trasferimento del domicilio sanitario** presso il comune di _____

via/piazza _____ n. _____

CHIEDO LA REVOCA DEL MEDICO DI FAMIGLIA PRESSO L'AZIENDA USL TOSCANA CENTRO

Dott./ssa _____ **con decorrenza dal** ____/____/____

per me e/o per i seguenti familiari con me residenti:

figli minorenni per i quali esercito la potestà maggiorenni che confermano la scelta sottoscrivendola

COGNOME E NOME	RELAZIONE PARENTELA	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle Leggi speciali in materia, sotto la mia personale responsabilità, confermo che quanto da me dichiarato corrisponde a verità.

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-usltoscancentro>
o scansionando il QR code a margine.



A tale scopo autorizzo l'Azienda USL Toscana centro ad utilizzare i dati da me forniti con la presente domanda per la gestione degli elenchi degli iscritti al S.S.R., e di comunicarli al medico di fiducia da me scelto per me e per i suddetti familiari, nonché agli altri medici associati, al/i rispettivo/i sostituto/i ed Asl di iscrizione del medico.

Data ____/____/____ _____
(firma del richiedente e dei familiari maggiorenni)

SI ALLEGANO I DOCUMENTI DI IDENTITÀ DEL RICHIEDENTE E DEI FAMILIARI MAGGIORENNI

RISERVATO ALL'AZIENDA USL TOSCANA CENTRO

Si conferma che per gli assistiti sopra elencati abbiamo provveduto alla revoca del medico a decorrere dal ____/____/____

Data _____ Firma e timbro AUSL _____