

Modulo per la scelta e la revoca del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta

Il /La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n _____
tel _____

Consapevole delle responsabilità penali cui incorre nel caso di dichiarazioni mendaci o contenenti dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00

Chiede di poter scegliere per se il Dr. _____

E di revocare contestualmente il Dr _____

Chiede inoltre di poter scegliere per i sotto elencati familiari o conviventi, purchè anagraficamente facenti parte del medesimo nucleo familiare, il Medico di seguito indicato :

Elenco dei familiari per i quali si vuole effettuare la scelta :

Cognome e nome _____ nato/a _____ il _____

Medico scelto _____ Medico Revocato _____

Cognome e nome _____ nato/a _____ il _____

Medico scelto _____ Medico Revocato _____

Cognome e nome _____ nato/a _____ il _____

Medico scelto _____ Medico Revocato _____

Cognome e nome _____ nato/a _____ il _____

Medico scelto _____ Medico Revocato _____

Cognome e nome _____ nato/a _____ il _____

Medico scelto _____ Medico Revocato _____

N.B. Esibire le tessere sanitarie di tutti coloro che effettuano la scelta.

1) Dichiaro altresì di essere consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000, e che quanto dichiarato nel presente modulo corrisponde al vero.

2) Il sottoscritto dichiara di accordare il proprio consenso ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. n. 101 del 10/08/2018, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Data _____

Firma dell'assistito _____