

MODULO

SCELTA MEDICO MEDICINA GENERALE /PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETÀ
(Artt. 46 e 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Io sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)
nato/a __ il ____ / ____ / ____ a _____ (____)
residente nel comune di _____ Prov _____
via/piazza _____ n. ____
codice fiscale _____ tel./cell. _____
(obbligatorio)
indirizzo e.mail _____
domiciliato nel comune di _____ Prov _____
via/piazza _____ n. ____

consapevole delle sanzioni derivanti da dichiarazioni non veritiere, ai sensi del D.P.R. 445/2000, sotto la sua personale responsabilità

CHIEDE

- per se stesso
 per i familiari, di seguito indicati (se appartenenti allo stesso nucleo)

cognome e nome	relazione parentela	data e luogo di nascita	C.Fiscale	cittadinanza

L'ASSISTENZA del Dott. (nome e cognome)*
o, se non disponibile, di uno dei seguenti professionisti (compilare tutte le opzioni richieste):

1. **Dott.**.....

2. **Dott.**.....

3. **Dott.**.....

data..... firma del dichiarante.....

(In caso di figlio minore, il genitore richiedente dichiara che l'altro genitore condivide la presente richiesta)

Allegati:

Fotocopia Doc. Identità.....

Fotocopia Tessera sanitaria

Si informa:

che i dati sono trattati nel rispetto del Codice della privacy e s.m.i. e del R.EU. 679/2016 e D.L.vo 10172018, come meglio specificato nella informativa visionabile al sito della Azienda UsI Umbria 1 <http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/privacy> - che l'Azienda UsI procede ai controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge - che il documento attestante il medico assegnato sarà inoltrato per posta all'indirizzo mail suindicato.

* Nota bene le informazioni sui medici, sedi ambulatori ed orari sono consultabili al seguente indirizzo web: <https://www.uslumbria1.it/medici-e-pediatri/medici-di-famiglia-000>.