



SCELTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

Io sottoscritto/a

cognome _____ nome _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

stato di nascita _____ cod. fiscale _____

residente a _____ Prov. _____ CAP _____

domiciliato a _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ n. _____

Telefono (fisso o cellulare) _____

E-mail _____

Email PEC _____

CHIEDO

l'assistenza del Dott./Dott.ssa (Cognome e nome) _____

con ambulatorio nel Comune di _____

per me

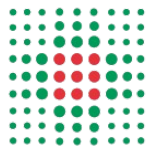
per i familiari conviventi (iscritti nello stato di famiglia) qui indicati:

Cognome e nome	Cod. fiscale	Data di nascita	Comune stato nascita	e di	Grado di Parentela

se non disponibile il medico di prima scelta, in alternativa chiedo l'assistenza di:

1. Dott./Dott.ssa _____

con ambulatorio nel Comune di _____



2. Dott./Dott.ssa _____

con ambulatorio nel Comune di _____

SCELGO

- di ricevere il documento che attesta il medico assegnato all'indirizzo di posta elettronica ordinaria:
-
- ricevere il documento che attesta il medico assegnato all'indirizzo di posta elettronica certificata (PEC):
-
- di ricevere il documento che attesta il medico assegnato per posta, all'indirizzo (specificare solo se diverso da quello già indicato):

Via _____

Comune _____ CAP _____ Prov. _____

SONO CONSAPEVOLE CHE

Le false dichiarazioni, a falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (DPR 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

Data _____ Firma leggibile _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI-INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679.

Per avere informazioni sul trattamento e tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo: www.auslromagna.it, <https://amministrazionetrasparente.auslromagna.it/pubblicita-legale/privacy-tutela-dati-personali>

INFORMAZIONI IMPORTANTI

Per chiedere l'assistenza del medico di assistenza primaria o del pediatra inviare la richiesta per:

- per posta elettronica ordinaria all'indirizzo: uffsceltamedico.rn@auslromagna.it
- Telefono per appuntamento: nr. **0541 707370**

ATTENZIONE: Deve sempre allegare una copia di un documento di identità del richiedente e di ogni familiare maggiorenne per il quale viene fatta la richiesta.