

**CITTADINI RESIDENTI NEL TERRITORIO DELL'ULSS 5 POLESANA****DOMANDA DI SCELTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

(da compilare presso il Punto Sanità/ Distretto oppure effettuare la scelta allo Sportello Amministrativo Distrettuale online sul sito Aziendale <https://www.aulss5.veneto.it/> )

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ nr. civico \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'assistenza del dr./dr.ssa \_\_\_\_\_ Medico/Pediatra dell'Azienda Ulss 5

Per me e/o  Per i familiari conviventi (qui indicati) – che se maggiorenni dovranno compilare ed allegare alla presente anche il “modulo di **delega**” con una copia della carta di identità del delegante

Cognome e nome	Data di nascita	codice fiscale	cittadinanza
----------------	-----------------	----------------	--------------

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

**AUTORIZZA** l'Azienda Ulss 5 Polesana a trasmettere il documento che attesta il medico assegnato al seguente indirizzo di: posta elettronica: \_\_\_\_\_

via posta all'indirizzo \_\_\_\_\_

Oppure di ritirarla personalmente o da persona delegata \_\_\_\_\_ (in questo caso si ricordi di compilare il modulo di delega allegando copia di un documento di identità del delegante)

**CONSAPEVOLE CHE** le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U.) sulla documentazione amministrativa. L'Azienda Ulss 5 Polesana effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

Il sottoscritto, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, **AUTORIZZA** il trattamento e la comunicazione dei dati che lo riguardano, ai soli fini del procedimento richiesto e per cui è stata resa la suddetta dichiarazione.

(data) \_\_\_\_\_ (firma del dichiarante) \_\_\_\_\_