

ULSS 5 POLESANA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE PER LA SCELTA DEL MEDICO

Artt. 46 e 47 – lettera b) del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000

(scrivere in stampatello per la migliore comprensione dei dati)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
residente a _____ (prov _____) via _____ n. _____
tel. _____ mail _____

DICHIARA

di **SCEGLIERE** quale **medico curante** il Dott. _____ oppure,
nel caso in cui il medico prescelto sia un massimalista, e quindi non può ricevere nuovi assistiti, di
SCEGLIERE come

seconda opzione il/la Dott. _____

terza opzione il//la Dott. _____

Dichiara inoltre, sotto la propria responsabilità, di essere consapevole delle sanzioni previste dal codice penale in caso di mendaci dichiarazioni o contenenti dati nonrispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445).

Allega fotocopia del documento di identità personale in corso di validità e della tessera sanitaria azzurra (TEAM)

ATTENZIONE: SE SI VUOLE **CONFERIRE DELEGA** AD UN COMPONENTE DEL NUCLEO FAMILIARE CHE ESPRIME LA SCELTA, IL PRESENTE MODULO VA COMPILATO COME SEGUE. VA ALLEGATA (PER OGNI DELEGANTE) LA COPIA DEL PROPRIO DOC. DI IDENTITA' PERSONALE E DELLA TESSERA TEAM (AZZURRA)

Il sottoscritto _____ Firma _____

Il sottoscritto _____ Firma _____

Il sottoscritto _____ Firma _____

Il sottoscritto _____ Firma _____

DELEGA/DELEGANO

Il Sig. _____ (allegato documento di identità personale)
ad effettuare per proprio conto la scelta del seguente **Medico curante**
prima opzione Dott. _____
seconda opzione Dott. _____
terza opzione Dott. _____

Data _____ Firma del dichiarante _____

Ai sensi del Reg. Europeo GDPR n. 679/2016, il delegante autorizza la raccolta dei dati per lo specifico procedimento di scelta del medico. La mancata accettazione della presente dichiarazione sostitutiva costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art.74 D.P.R. n. 445/2000). Esente da imposta di bollo ex art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.