

Mod. Scelta del medico di base (anche per minori)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/DI ATTO DI NOTORIETA'

Resa ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445

Io sottoscritto/a _____ Codice Fiscale _____

consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità

DICHIARO

Di essere nato/a a _____ prov. (____) il _____

Residente in Torino, via/corso _____ n. _____ cap _____

n. tel. _____ cell. _____

CHIEDO

di **REVOCARE** il Medico di Famiglia (o pediatra nel caso di minore) Dott. _____ e contestualmente di **SCEGLIERE** il Medico di Famiglia Dott. _____

o, se non disponibile, di **SCEGLIERE** come ulteriori opzioni uno dei seguenti professionisti (compilare possibilmente tutte le opzioni richieste):

1. Dott. _____, 4. Dott. _____,
2. Dott. _____, 5. Dott. _____,
3. Dott. _____, 6. Dott. _____

PER il sottoscritto

PER il/i seguente/i familiare/i **minore/i** (al di sopra dei sei anni) **e/o tutelato/i**, appartenenti al medesimo nucleo familiare:

1. Nome e cognome _____ nato/a il _____
2. Nome e cognome _____ nato/a il _____
3. Nome e cognome _____ nato/a il _____

Residente/i in Torino, via/corso _____ n. _____ cap _____

Si prega di inviare la "Ricevuta d'Iscrizione" a:

_____ (indicare l'indirizzo e-mail)

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento EU n. 2016/679 (GDPR), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Torino,

firma

Da allegare **per ogni utente** che sceglie il medico:

- Fotocopia documento di identità valido
- Fotocopia codice fiscale rilasciato dall'Agenzia delle Entrate o fotocopia TEAM