

## **SCELTA E REVOCA del Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale per MINORI e TUTELATI**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/ATTO DI NOTORIETÀ  
Resa ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

**E**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

consapevoli 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,

### **IN QUALITÀ DI GENITORI**

(ai sensi della normativa vigente, la scelta del Medico per i minori deve essere effettuata **congiuntamente da entrambi i genitori**)

### **OPPURE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

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,

### **IN QUALITÀ DI:**

**GENITORE / persona esercente la potestà genitoriale, in quanto:**

- impedimento, lontananza o incapacità di uno dei genitori che renda impossibile l'esercizio della responsabilità genitoriale congiunta
- unico genitore che ha riconosciuto il minore
- affidamento superesclusivo ad uno dei genitori (allegare copia del provvedimento del Giudice che attribuisce al genitore affidatario le decisioni di maggior interesse in via esclusiva senza necessità dell'accordo dell'altro coniuge)

**TUTORE /AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO con delega specifica alla tutela della salute**

## CHIEDONO/CHIEDE

Per il/i seguente/i **MINORE/I** e/o tutelato/i,

Cognome e Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Grado di parentela/Tutore/Amministratore

Residente/i a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

di **SCEGLIERE** il/la **Pediatra di Libera Scelta** o il/la **Medico di Medicina Generale**

**Dott.** \_\_\_\_\_

o, se non disponibile, di **SCEGLIERE** come ulteriori opzioni uno dei seguenti **Pediatri/Medici**:

1. Dott. \_\_\_\_\_
2. Dott. \_\_\_\_\_

(la possibilità di scelta è vincolata ai medici disponibili nella zona di interesse che non abbiano raggiunto il numero massimo di persone assistite).

## OPPURE

di **REVOCARE** il/la **Pediatra di Libera Scelta** o il/la **Medico di Medicina Generale**

**Dott.** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma GENITORE/TUTORE \_\_\_\_\_

Firma 2° GENITORE (barrare se unico richiedente) \_\_\_\_\_

**Documenti da allegare PER OGNI RICHIEDENTE E PER OGNI MINORE/TUTELATO:**

- Fotocopia documenti di identità in corso di validità
- Fotocopia codice fiscale rilasciato dall'Agenzia delle Entrate o fotocopia tessera TEAM

---

### TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI IN AMBITO SANITARIO (Regolamento UE 679/2016)

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui agli Artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679.

Data \_\_\_\_\_ Firma GENITORE/TUTORE \_\_\_\_\_

Firma 2° GENITORE (barrare se unico richiedente) \_\_\_\_\_