

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 **REVOCARRE** 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) _____