

SCELTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG) / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (PLS)
(Dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
in possesso della cittadinanza _____
residente a _____ in via _____
recapito telefonico _____ mail _____

Consapevole, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, sotto la propria responsabilità

CHIEDE

- per sé
 per i seguenti familiari

Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela

l'iscrizione a favore del/della Dr./Dr.ssa _____

A tal fine

DELEGA

il/la Sig./ra _____ nato/a a _____ a
provvedere ai conseguenti adempimenti amministrativi conformi alla suddetta richiesta.

Dichiara, altresì, di essere informato/a, secondo quanto previsto dal EU GDPR 2016/679, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____, li _____

Il/La dichiarante

Si allega:

- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante;
- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del delegato;
- tessera sanitaria formato cartaceo.