**MODELLO DI SCELTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG) O DEL**

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in possesso della Cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_\_\_ , recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consapevole, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di fatti 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si precisa altresì che, con il nuovo ACN art. 39 MMG ed art. 37 PLS, la scelta del medico/pediatra deve intendersi riferito:

1. in ambito distrettuale;
2. in ambito aziendale (presuppone la preventiva accettazione da parte del medico/pediatra interessato).

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vista la richiesta di scelta dell’assistito\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in comune diverso da quello in cui è ubicato il proprio studio, dichiara di essere disposto ad accettare lo stesso.

 Data e Luogo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del MMG/PLS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Sottoscritto

* **DICHIARA di aver ricevuto l’informativa ex art 13-14 del GDPR 679/2016** relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali;
* **DI AVER PRESO VISIONE** dell’informativa sul trattamento dei dati personali **-** **Informativa resa ai sensi degli artt. 13-14 del GDPR 679/2016 (General Data Protection Regulation) -** I dati forniti saranno trattati dall’Azienda, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti norme di legge. All’utente competono i diritti previsti dagli artt. 13-14 del GDPR 679/2016, in particolare il diritto ad accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l’integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa vigente, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

Data e Luogo\_\_\_\_\_\_ Firma del dichiarante

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SI ALLEGA: Tessera sanitaria e documento di identificazione del richiedente (per i minori di un genitore), codice fiscale degli assistiti da iscrivere

Data e Luogo\_\_\_\_\_\_ AUTORIZZAZIONE ASL

 (timbro e firma operatore)