

Modulo per la scelta e la revoca del Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ Prov. _____ via/p.zza _____ n. _____
domicilio _____ Prov. _____ via/p.zza _____ n. _____
tel _____ e-mail _____

Consapevole delle responsabilità penali cui incorre nel caso di dichiarazioni mendaci o contenenti dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00

Da compilare esclusivamente in caso di residenza fuori ambito territoriale o fuori ASL

☐ **Fuori ambito** (residente ASL Cagliari) – Allegare accettazione del medico

☐ **Fuori ASL** - Iscrizione temporanea - **Motivo:** ☐ Lavoro ☐ Studio ☐ Salute ☐ Ospitalità

CHIEDE: ☐ di Scegliere ☐ di Revocare

Il Dott/Dott.ssa _____

Chiede inoltre di poter scegliere per i sottoelencati familiari* o conviventi, purché anagraficamente facenti parte del medesimo nucleo familiare, il Medico di seguito indicato:

➤ * (per familiari o conviventi maggiorenni, è richiesta la delega e copia del documento d'identità del delegante)

Elenco dei familiari per i quali si vuole effettuare la scelta:

Cognome e nome _____	nato/a _____	il _____
Medico scelto _____	Medico Revocato _____	
Cognome e nome _____	nato/a _____	il _____
Medico scelto _____	Medico Revocato _____	
Cognome e nome _____	nato/a _____	il _____
Medico scelto _____	Medico Revocato _____	
Cognome e nome _____	nato/a _____	il _____
Medico scelto _____	Medico Revocato _____	

Il/La sottoscritto/a dichiara di prestare il proprio consenso ai sensi dell'art.13 del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR) e del Decreto legislativo n. 101 del 10/08/2018, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata. Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente eventuali risoluzioni anticipate della dimora temporanea e modifiche della stessa in senso definitivo.

Data _____

Firma del Dichiarante _____

DICHIARO INOLTRE: qualora vengano indicati uno o più minori, di effettuare la scelta/cambio medico di medicina generale/pediatra di libera scelta del/i minore/i di cui alla tabella sopra riportata in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data _____

Firma del genitore dichiarante _____