

Iscrizione fuori ambito per i cittadini residenti nella ASL di Cagliari – SCELTA FUORI AMBITO -

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
prov. _____ il _____ residente a _____ prov. _____
in via/p.zza _____ n. _____ e domiciliato a _____
in via/p.zza _____ n. _____ tel _____ e-mail _____

Chiede di poter scegliere per sé il Dr. _____
(Indicare il medico di medicina generale scelto)

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)**

Cognome e nome	nato il	Comune di Nascita	Medico Scelto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Al fine di accettare l'iscrizione presso un ambito territoriale della ASL di Cagliari, diverso da quello di residenza, si richiede la seguente documentazione:

- **Certificato di accettazione del medico di medicina generale/pediatra di libera scelta.**
(Il medico deve indicare i dati anagrafici di tutti i pazienti che intende accettare)

Si dichiara inoltre, con la sottoscrizione del presente modulo:

- di essere consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall' art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, e che quanto dichiarato nel presente modulo corrisponde al vero.
 - 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 dell'assistito _____