

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

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ cittadinanza _____

Residente a _____ via _____ n. _____

Domiciliato a _____ via _____ n. _____

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 N.445 e della decaduta dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera.

CHIEDE PER IL/I MINORE/I

COGNOME NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RESIDENZA	DOMICILIO

In qualità di: Padre Madre Affidatario Tutore Amministratore di sostegno

Selezionare la prestazione richiesta

Assegnazione del Pediatra di Libera Scelta o il Medico di Medicina Generale

in favore del/la Dott./Dott.ssa _____

Duplicato della Tessera Sanitaria Attivazione Tessera Sanitaria

Attivazione delle deleghe per il fascicolo sanitario dei minori

Altro _____

Selezionare solo se residenti Fuori Ambito/ASL:

Scelta Fuori Ambito: Allego Certificato di Accettazione del Medico di Medicina Generale/Pediatra

Scelta Fuori ASL per motivi di: Lavoro Studio Ospitalità Presso familiare Salute

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.

FIRMA DEL DICHIARANTE _____

FIRMA DELL'ALTRO GENITORE, se presente _____

DA COMPIERE NEL CASO SIA PRESENTE UN SOLO GENITORE:

Dichiaro, inoltre, di effettuare la scelta/cambio medico o di richiedere il duplicato del tesserino sanitario 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 Dichiarante _____

ASL Cagliari

Sede: legale/operativa c/o Ospedale Marino
Viale Lungomare Poetto n. 12
09126 – Cagliari - www.aslcagliari.it