

## **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 decadenza 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 COMPILARE 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 \_\_\_\_\_