SCELTA O CAMBIO DEL MEDICO DI FAMIGLIA

Data ____ / ____ / ____



lo sottoscritt	
nat il / / a	prov
residente avia/piazzavia/piazza	•
	II•
cod. fiscale	
tel e.mail	
in qualità di	
[] diretto interessato [] genitore con potestà genitoriale [] tutore legal	e
CHIEDO consapevole della responsabilità penale cui potrò andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritico di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del DPR 445/2000	ere, di formazione o uso
che sia assegnato il dott.	a favore di:
cognome nome	
nat il / a	prov
residente a via/piazza	n
cod. fiscale	
tele.mail	
per la seguente motivazione:	
[] SCELTA DI ALTRO MEDICO, indicare il nominativo del medico precedente	
dott	
[] VARIAZIONE DI RESIDENZA, indicare la vecchia residenza:	
Comune via	
[] PRIMA ISCRIZIONE AL SSN	
CHIEDO inoltre che il documento di assegnazione del medico sia inviato	
[] tramite posta ordinaria all'indirizzo	
[] tramite e-mail all'indirizzo	
[] tramite fax al numero	
Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679. Per saperne di più sul trattamento dei dati personali consulta il sito: http://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda	