



Modulo scelta fuori ambito

Ai sensi dell' art. 39 comma 2 ACN n. 1 del 15/04/2026

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/ATTO DI NOTORIETÀ

Resa ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
e residente a _____ in via _____ n. _____
tel _____ mail _____

CHIEDE

Di poter scegliere quale medico il Dott. _____ operante in un
distretto diverso da quello di residenza, in sostituzione dell'attuale medico di famiglia.

data _____

Firma _____

A carico del medico destinatario della scelta:

Il sottoscritto Dott.

DICHIARA

di essere disponibile ad accettare la scelta della presente domanda.

Data _____

Timbro e firma del medico

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI IN AMBITO SANITARIO

(Regolamento UE 679/2016) 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.

Data _____

Firma _____

Documenti da allegare

- **Fotocopia documento di identità in corso di validità**

