



AL SIG. PRESIDENTE DEL  
COMITATO AZIENDALE PERMANENTE  
DELL'AZIENDA USL DELLA VALLE D'AOSTA  
Via Guido Rey, 1  
11100 AOSTA

### 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 \_\_\_\_\_  
E

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

consapevoli delle sanzioni previste dal Codice Penale, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità,

#### IN QUALITÀ DI GENITORI

(ai sensi della normativa vigente, la scelta del Medico per i minori deve essere effettuata congiuntamente da entrambi i genitori)

#### OPPURE

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

consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità,

#### IN QUALITÀ DI:

- **GENITORE / persona esercente la potestà genitoriale, in quanto:**
  - impedimento, lontananza o incapacità di uno dei genitori che renda impossibile l'esercizio della responsabilità genitoriale congiunta
  - unico genitore che ha riconosciuto il minore
  - affidamento superesclusivo ad uno dei genitori (allegare copia del provvedimento del Giudice che attribuisce al genitore affidatario le decisioni di maggior interesse in via esclusiva senza necessità dell'accordo dell'altro coniuge)
- **TUTORE /AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO** con delega specifica alla tutela della salute

### CHIEDONO/CHIEDE

in applicazione a quanto disposto dell'art. 39 comma 9 dell'Accordo Collettivo Nazionale approvato nell'intesa conferenza Stato/Regione n. 2396 del 15 dicembre 2005 e s.m.i.

Per il/i seguente/i MINORE/I e/o tutelato/i,

Nome e Cognome	Data di nascita	Luogo di nascita	Grado di parentela/ Tutore

Di poter scegliere quale pediatra il Dott. \_\_\_\_\_  
operante in un distretto diverso da quello di residenza, in sostituzione dell'attuale pediatra di famiglia  
per RICONGIUNGIMENTO FAMILIARE con il fratellino/sorellina \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

Firma GENITORE/TUTORE \_\_\_\_\_

Firma 2° GENITORE (barrare se unico richiedente) \_\_\_\_\_

#### **A carico del medico Pediatra:**

**Il sottoscritto Dott.**

\_\_\_\_\_

#### **DICHIARA**

**di essere disponibile ad accettare la scelta della presente domanda.**

**Data** \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico pediatra

\_\_\_\_\_

#### **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 GENITORE/TUTORE** \_\_\_\_\_

**Firma 2° GENITORE (barrare se unico richiedente)** \_\_\_\_\_

#### **Documenti da allegare PER OGNI RICHIEDENTE:**

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