

**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

AUTORIZZA IN SUA VECE

Il/la Sig/ra _____ nato/a a _____ il _____
Codice fiscale _____

Alla consegna all'Azienda U.S.L. della presente istanza

Dichiara di essere informato, ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR) e D.lgs. 30.06.2003, n. 196 (Codice in materia in protezione dei dati personali), come modificato dal D.lgs. 10.08.2018, n. 101, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

DATA _____ FIRMA _____

ALLEGATI:

- **FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' DELL'INTERESSATO**
- **FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI EVENTUALE DELEGATO**