



**Modulo per la SCELTA/ REVOCA del  
Pediatra di Libera Scelta o del Medico di Assistenza  
Primaria per MINORI e TUTELATI**

**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

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

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

di SCEGLIERE il/la Pediatra di Libera Scelta o il/la Medico di Medicina Generale Dott. \_\_\_\_\_ o, se non disponibile, di SCEGLIERE come ulteriori opzioni uno dei seguenti Pediatri/Medici:

1. Dott. \_\_\_\_\_

2. Dott. \_\_\_\_\_

(la possibilità di scelta è vincolata ai medici disponibili nella zona di interesse che non abbiano raggiunto il numero massimo di persone assistite).

OPPURE di REVOCARE il/la Pediatra di Libera Scelta o il/la Medico di Medicina Generale Dott. \_\_\_\_\_

### 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 E PER OGNI MINORE/TUTELATO:**

- Documento di riconoscimento