



MODULO SCELTA FUORI AMBITO

(art. 39 comma 2 dell'ACN n.71/CSR 28 aprile 2022)

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ residente nel Comune di _____
in via/fraz. _____ n° _____
telefono _____ e-mail personale _____

DICHIARO

di voler scegliere quale medico di assistenza primaria il Dott. _____
iscritto negli elenchi della medicina generale in un ambito diverso da quello di residenza in
sostituzione dell'attuale medico di assistenza primaria Dott. _____,
ai sensi dell'all. A art. 1 lettera C della deliberazione della Giunta Regione n. 1261 del 18/09/2017.

in qualità di genitore / genitore affidatario / tutore di
nome e cognome _____ nato/a il _____
a _____ residente nel Comune di _____
_____ in via/fraz. _____ n° _____

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
dell'assistito _____

Io sottoscritto/a Dott. _____

DICHIARO

di essere disponibile ad accettare la scelta avanzata con la presente domanda e di garantire gli obblighi in materia di attività ambulatoriale e domiciliare al proprio assistito, pur essendo residente in un ambito diverso da quello in cui opero.

Data _____ Timbro _____ e _____ firma _____ del
medico _____

Allegato: fotocopia documento d'identità in corso di validità.



DELEGA per la SCELTA/ REVOCA del Medico di Assistenza Primaria

Il/la sottoscritto/a (delegante) _____
nato/a a _____ il _____
documento di identità (carta di identità/patente/passaporto) _____ n° _____
rilasciato da _____ il _____

AUTORIZZA

- ☐ alla revoca del Dott. _____
☐ alla scelta del Dott. _____

in sua vece il/la Sig./ra _____
nato/a a _____ il _____
documento di identità (carta di identità/patente/passaporto) _____ n° _____
rilasciato da _____ il _____

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 _____

N.B: la persona delegata dovrà presentarsi munita sia di un documento di identità del delegante, sia del proprio documento d'identità, entrambi in corso di validità.