



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. 37 comma 3 dell'Accordo Collettivo Nazionale approvato nell'intesa conferenza Stato/Regione n. 132 del 25 luglio 2024.

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 per il/la propria/o il Dott. _____
operante in un distretto diverso da quello di residenza, in sostituzione dell'attuale pediatra di famiglia.

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 E PER OGNI MINORE:

- **Fotocopia documenti di identità in corso di validità**
- **Fotocopia codice fiscale rilasciato dall'agenzia delle entrate**