



AL SIG. PRESIDENTE DEL COMITATO AZIENDALE
PERMANENTE DELL'AZIENDA USL DELLA VALLE
D'AOSTA
Via Guido Rey, 111100 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 pediatria

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 _____

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.

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

Documenti da allegare PER OGNI RICHIEDENTE E PER OGNI MINORE:

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