



Modulo per la SCELTA/ REVOCA del Medico di Assistenza Primaria per assistiti residenti in Valle d'Aosta

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____
in via/fraz/loc _____ n° _____
tel _____ e-mail personale _____
codice fiscale _____
documento di identità (carta di identità/passaporto) _____ n° _____
rilasciato da _____ il _____

CHIEDE

- di poter **revocare** il Medico di Assistenza Primaria operante nell'ambito territoriale di residenza
Dott. _____
- di poter **scegliere** il Medico di Assistenza Primaria operante nell'ambito territoriale di residenza
Dott. _____

DICHIARA

- di seguito il proprio domicilio per l'invio del tesserino sanitario individuale SSR (se diverso dalla residenza): _____
- di essere reperibile al numero di cell: _____

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'interessato _____

Allegato: fotocopia del 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 della fotocopia di un documento di identità del delegante, sia della fotocopia del proprio documento d'identità, entrambi in corso di validità.