



Modulo per la SCELTA/ REVOCA del Medico di Assistenza Primaria per assistiti DOMICILIATI in VdA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
Art. 47 DPR 445/2000

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

DICHIARA

di voler scegliere un medico di assistenza primaria operante in ambito territoriale diverso da quello di residenza (ai sensi del DGR 1261/2017) per le seguenti motivazioni:

- motivi di lavoro presso _____
_____ fino al _____
- motivi di studio presso _____
- motivi di salute, di cui si allega certificato rilasciato da:
 - medico specialista di una struttura pubblica
 - medico di medicina generale che attesti anche la necessità di assistenza da parte di
(nome e cognome) _____ (grado di parentela) _____
- motivi di necessità di assistenza, in qualità di ultra 75enne, da parte di (nome e cognome) _____ (grado di parentela) _____

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 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.