



Modulo per la SCELTA/ REVOCA del Pediatra di Libera Scelta o del Medico di Assistenza Primaria per MINORI

Il/la sottoscritto/a (delegante) _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____
in via/fraz/loc _____ n° _____
codice fiscale _____
tel _____ e-mail personale _____

in qualità di

- genitore non legalmente separato /convivente con l'altro genitore
- genitore affidatario (separato, divorziato o unico genitore naturale convivente con il minore)
- tutore

CHIEDE

di poter scegliere il Medico operante nell'ambito territoriale di residenza/pediatra,
Dott. _____ per il/la minore
_____ nato/a il _____
a _____ C.F. _____

DELEGA IN SUA VECE

il/la Sig./ra _____
nato/a a _____ il _____
documento di identità (carta di identità/passaporto) _____ n° _____
rilasciato da _____ il _____
alla presentazione della presente istanza.

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 _____

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

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.