



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

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**

Provvedimento n° _____ del tribunale di _____ data _____

CHIEDONO/CHIEDE

Per il/i seguente/i MINORE/I e/o tutelato/i,

Nome e Cognome	Data di Nascita	Luogo di nascita	Grado di parentela/Tutore/Amministratore

di SCEGLIERE il/la Pediatra di Libera Scelta o il/la Medico di Medicina Generale
Dott._____ o, se non disponibile, di **SCEGLIERE** come ulteriori opzioni
uno dei seguenti Pediatri/Medici:

1. Dott._____

2. Dott._____

(la possibilità di scelta è vincolata ai medici disponibili nella zona di interesse che non abbiano raggiunto il numero massimo di persone assistite).

OPPURE di REVOCARE il/la Pediatra di Libera Scelta o il/la Medico di Medicina Generale
Dott._____

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:

Documento di riconoscimento

Non si accettano foto su supporti digitali

In caso di AFFIDO O TUTELA allegare copia del provvedimento del tribunale