



**Modulo scelta fuori ambito minori/tutelati**  
Ai sensi dell' art. 39 comma 2ACN n. 1 del 15/04/2026

**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**

in applicazione a quanto disposto dell'art. 37 comma 3 dell'Accordo Collettivo Nazionale approvato nell'intesa conferenza Stato/Regione n. 132 del 25 luglio 2024.

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

| Nome e Cognome | Data di nascita | Luogo di nascita | Grado di parentela/<br>Tutore |
|----------------|-----------------|------------------|-------------------------------|
|                |                 |                  |                               |
|                |                 |                  |                               |
|                |                 |                  |                               |

Di poter scegliere il Dott. \_\_\_\_\_ operante in un distretto diverso da quello di residenza, in sostituzione dell'attuale pediatra/medico di famiglia.

**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) \_\_\_\_\_

**A carico del medico:**

**Il sottoscritto Dott.**

\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**di essere disponibile ad accettare la scelta della presente domanda.**

**Data** \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico

\_\_\_\_\_

**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**