



Modulo scelta fuori ambito minori/tutelati

Ai sensi dell' art. 39 comma 9ACN 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. 39 comma 9 dell'Accordo Collettivo Nazionale approvato nell'intesa conferenza Stato/Regione n. 2396 del 15 dicembre 2005 e s.m.i.

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

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

Di poter scegliere quale pediatra il Dott. _____ operante in un distretto diverso da quello di residenza, in sostituzione dell'attuale pediatra di famiglia per **RICONGIUNGIMENTO FAMILIARE** con il fratellino/sorellina _____

data _____

Firma GENITORE/TUTORE _____

Firma 2° GENITORE (barrare se unico richiedente) _____

A carico del medico Pediatra:

Il sottoscritto Dott.

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

Data _____

Timbro e firma del medico pediatra

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

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

Non si accettano foto su supporti digitali