USLUmbria2

MODULO SCELTA MEDICO
MEDICI DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETÀ
(Artt. 46 e 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

l/La sottoscritto/a

COGNOME ..... NOME .....

nato/a a ..... provincia ……..…….... il .....……

residente anagraficamente nel comune di ..... provincia ……

in via ..... n. .....……

cittadinanza ..... codice fiscale…….....……

telefono (fisso e cellulare)…….

e-mail ……..

consapevole delle sanzioni derivanti da dichiarazioni non veritiere, ai sensi del D.P.R. 445/2000, sotto la sua personale responsabilità

CHIEDE

- **l'assistenza del dott. (nome e cognome)*……**

per se stesso e per i familiari, di seguito indicati (se appartenenti allo stesso nucleo)

COGNOME NOME	DATA NASCITA	COD.FISCALE	NAZIONALITA'	RELAZIONE PARENTELA

Se non disponibile perché massimalista il medico di prima scelta, in alternativa chiede l'assistenza di:

1. **Dott……..**
2. **Dott……..**

Si informa:
che i dati sono trattati nel rispetto del Codice della privacy e s.m.i. e del R.EU. 679/2016 e D.L.vo 10172018, come meglio specificato nella informativa visionabile al sito della Azienda Usl Umbria 2 http://www.uslumbria2.it/pagine/privacy-000.

Che l'Azienda Usl procede ai controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge .

Che il documento attestante il medico assegnato sarà inoltrato per posta all'indirizzo mail suindicato.

***Nota bene le informazioni sui medici, sedi ambulatori ed orari sono consultabili al seguente indirizzo web:**

http://www.uslumbria2.it/pagine/medici-di-medicina-generale-e-pediatri-di-libera-s

data……..…… **firma del dichiarante…….....……**

Allegati:

Fotocopia Doc.
Identità……..

Fotocopia Tessera
sanitaria ....……....