USLUmbria1

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1
www.uslumbria1.it

MODULO

SCELTA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

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

Io sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a __ il _____/_____/_____ a _____(____)

residente nel comune di _____Prov_____

via/piazza _____ n.__

codice fiscale _____ tel./cell. _____
(obbligatorio)

indirizzo e.mail _____

domiciliato nel comune di _____Prov_____

via/piazza _____ n. __

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

CHIEDE

In qualità di

☐ padre ☐ madre ☐ tutore ☐ Amm.re di sostegno dell'interessato giusto Provv.to

per il/i minore/! di seguito indicato/i :

cognome e nome	data e luogo di nascita	C.Fiscale	cittadinanza

l'ASSISTENZA del Dott. (nome e cognome)*.....
o, se non disponibile, di uno dei seguenti professionisti (*compilare tutte le opzioni richieste*):

1. **Dott**.....
2. **Dott…**.....
3. **Dott…**.....

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

(In caso di figlio minore,il genitore richiedente dichiara che l'altro genitore condivide la presente richiesta)

Allegati:

Fotocopia Doc. Identità……..

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

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 101/2018, come meglio specificato nella informativa visionabile al sito della Azienda USL Umbria 1 https://www.uslumbria1.it/per-il-cittadino/privacy/ - 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: https://www.uslumbria1.it/medici-e-pediatri/medici-di-famiglia-000.