



## SCELTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

Io sottoscritto/a

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

stato di nascita \_\_\_\_\_ cod. fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### CHIEDO

l'assistenza del Dott./Dott.ssa ( Cognome e nome) \_\_\_\_\_

con ambulatorio nel Comune di \_\_\_\_\_

per me

per i familiari conviventi ( solo se minorenni e iscritti nello stato di famiglia) sotto indicati:

Cognome e nome	Cod. fiscale	Data di nascita	Comune e stato di nascita	Grado di Parentela

se non disponibile il medico di prima scelta, in alternativa chiedo l'assistenza di:

1. Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

con ambulatorio nel Comune di \_\_\_\_\_

2. Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

con ambulatorio nel Comune di \_\_\_\_\_

### SCELGO

di ricevere il documento che attesta il medico assegnato all'indirizzo di posta elettronica ordinaria:

di ricevere il documento che attesta il medico assegnato per posta, all'indirizzo (specificare solo se diverso da quello già indicato):

Via \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

#### **SONO CONSAPEVOLE CHE**

Le false dichiarazioni, a falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (DPR 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile del dichiarante \*

#### **IN CASO DI MINORE**

Firma dell'altro genitore \*

#### **DA COMPILARE NEL CASO SIA PRESENTE UN SOLO GENITORE:**

Dichiaro, inoltre, di effettuare la scelta/cambio medico del/i minore/i di cui alla tabella sopra riportata in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316,337 ter e 337 quarter del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma leggibile del dichiarante \*

#### **TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI-INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679.**

Per avere informazioni sul trattamento e tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo: [www.auslromagna.it](http://www.auslromagna.it), <https://amministrazionetrasparente.auslromagna.it/pubblicita-legale/privacy-tutela-dati-personali>

#### **INFORMAZIONI IMPORTANTI**

**Per chiedere l'assistenza del medico di assistenza primaria o del pediatra inviare la richiesta per posta elettronica ordinaria ad uno dei seguenti indirizzi:**

- Per l'ambito di Cesena [sceltamedico.ce@auslromagna.it](mailto:sceltamedico.ce@auslromagna.it)
- Per l'ambito di Forlì [sportelloonline.fo@auslromagna.it](mailto:sportelloonline.fo@auslromagna.it)
- Per l'ambito di Ravenna – Sportello Unico Cervia [ce.sportellounico.ra@auslromagna.it](mailto:ce.sportellounico.ra@auslromagna.it)
- Per l'ambito di Ravenna – Sportello Unico Faenza [sportellounico.fa@auslromagna.it](mailto:sportellounico.fa@auslromagna.it)
- Per l'ambito di Ravenna – Sportello Unico Lugo [sportellounico.lu@auslromagna.it](mailto:sportellounico.lu@auslromagna.it)
- Per l'ambito di Ravenna – Sportello Unico Ravenna [sportellounico.ra@auslromagna.it](mailto:sportellounico.ra@auslromagna.it)
- Per l'ambito di Rimini [uffsceltamedico.rn@auslromagna.it](mailto:uffsceltamedico.rn@auslromagna.it)

**\* ATTENZIONE:** Deve sempre allegare copia di un documento di identità del richiedente, in caso di scelta del medico per minore occorre allegare copia del documento d'identità di entrambi i genitori.