

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p> <p>DIREZIONE AMMINISTRATIVA</p>	<p align="center"><b>DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO NOTORIO PER MINORI</b></p> <p align="center">(Art.46 e 47 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, n. 445)</p>	<p align="right">Rev. 00 del 7/11/2018</p> <p align="center"><b>MR PA 160_01</b></p> <p align="right">Pagina 1 di 1</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Domiciliato a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 N.445 e della decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

**CHIEDE PER IL/I MINORE/I**

COGNOME NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RESIDENZA	DOMICILIO

In qualità di  Padre  Madre  Affidatario  Tutore  Amministratore di sostegno

- Di effettuare l'iscrizione nell'elenco degli assistiti di questa AUSL e la scelta del pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale Dr. \_\_\_\_\_
- Di effettuare il cambio del Pediatra di Libera Scelta o del Medico di Medicina Generale a favore del Dr. \_\_\_\_\_
- Il duplicato del tesserino sanitario.

Il/La sottoscritto/a consente, ai sensi del D.Lgs. n. 196/03, al trattamento e comunicazione dei dati ai soli fini del procedimento richiesto e per cui è stata resa la suddetta dichiarazione.

**FIRMA DEL DICHIARANTE** \_\_\_\_\_

Documento n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**FIRMA DELL'ALTRO GENITORE**, se presente \_\_\_\_\_

Documento n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

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

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

FIRMA DEL DICHIARANTE \_\_\_\_\_ Luogo e data \_\_\_\_\_

**Spazio riservato alla delega se la scelta viene effettuata da persona diversa dai genitori**

---

**DELEGO** il/La Sig./ra \_\_\_\_\_ a presentare la dichiarazione di cui sopra

**FIRMA del genitore delegante** \_\_\_\_\_

**N.B.:** Il delegato deve presentarsi con il proprio documento di identità e la fotocopia del documento del delegante.