SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
VITERBO

REGIONE
LAZIO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/DI ATTO DI NOTORIETA'
(resa ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445)

_L_ sottoscritt_ _____nat_a _____
il_____residente a_____ in via/piazza, _____n___
telefono _____

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, uso o esibizione di atti falsi, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- ☐ di scegliere come medico di base/pediatra di libera scelta, il Dott. _____
- ☐ di revocare il medico di base/pediatra di libera scelta, il Dott. _____
- ☐ di scegliere come medico di base/pediatra di libera scelta, il Dott. _____
  per i figli minorenni sottoindicati:

Nome	Cognome	Codice fiscale

☐ di accettare che l'invio di qualsiasi comunicazione inerente la presente istanza avvenga all'indirizzo mail:

_____

☐ di aver preso visione della informativa sul trattamento dei dati sanitari (Regolamento UE n. 2016/679 – GPR) consultabile al link: http://www.asl.vt.it/Infosito/Privacy.pdf

Data_____ Firma _____

SI PRECISA CHE PER RICHIEDERE LA VARIAZIONE DI MEDICO TRA MEDICI FACENTI PARTE DELLO STESSO STUDIO ASSOCIATO, È NECESSARIO ALLEGARE L'ACCETTAZIONE DI PRESA IN CARICO DA PARTE DEL MEDICO CHE SI INTENDE SCEGLIERE.

ALLEGARE IN COPIA IL DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ E LA TESSERA SANITARIA