

**SCelta DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG)**

(Dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

**DELEGA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Consapevole, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, sotto la propria responsabilità

Ad effettuare l'iscrizione a favore del/della Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

Se non disponibile il medico di prima scelta, in alternativa, chiedo Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

A tal fine

Dichiarano, altresì, di essere informati, secondo quanto previsto dal EU GDPR 2016/679, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Delegante

\_\_\_\_\_

Delegato

\_\_\_\_\_

Si invia il presente modulo alla mail [anagrafe.triggiano@asl.bari.it](mailto:anagrafe.triggiano@asl.bari.it) allegando:

- copia fotostatica di un documento di identità e della tessera sanitaria in corso di validità del delegante e delegato.