

SCELTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG) / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (PLS) (Dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di _____
nato/a a _____ il _____
in possesso della cittadinanza _____
residente a _____ in via _____
recapito telefonico _____ mail _____

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di _____
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

CHIEDONO

per i seguenti familiari

Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela

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 _____

Madre

Padre

Si invia il presente modulo alla mail anagrafe.triggiano@asl.bari.it allegando:

- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità dei genitori;
- tessera sanitaria del/dei minori.