

**ASL BARI**Lungomare Starita, 6 – 70123 BARI
Codice Fiscale/Partita IVA 06534340721**DISTRETTO SOCIO SANITARIO N° 3 BITONTO – PALO DEL COLLE**Via G. Comes, 31 – 70032 Bitonto
Telefono Segreteria: 0805847823 – 0805847295
E-Mail: dss.biitonot@asl.bari.it PEC: distretto3.aslbari@pec.rupar.puglia.it**MODELLO DI SCELTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG) O DEL
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 _____ nato/a _____ il _____ in possesso della
Cittadinanza _____ residente a _____ in via _____ n° _____
, recapito telefonico _____ mail _____Consapevole, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di fatti
falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, sotto la propria responsabilità**CHIEDE**

- Per sé
- Per i seguenti familiari

Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela

L'iscrizione a favore del/della Dr./Dr.ssa _____

Si precisa altresì che, con il nuovo ACN art. 39 MMG ed art. 37 PLS, la scelta del medico/pediatra deve intendersi riferito:

- a) in ambito distrettuale;
- b) in ambito aziendale (presuppone la preventiva accettazione da parte del medico/pediatra interessato).

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____ vista la richiesta di scelta dell'assistito _____ residente in
comune diverso da quello in cui è ubicato il proprio studio, dichiara di essere disposto ad accettare lo stesso.

Data e Luogo _____

Firma del MMG/PLS _____

Il Sottoscritto

- **DICHIARA di aver ricevuto l'informativa ex art 13-14 del GDPR 679/2016** relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali;
- **DI AVER PRESO VISIONE** dell'informativa sul trattamento dei dati personali - **Informativa resa ai sensi degli artt. 13-14 del GDPR 679/2016 (General Data Protection Regulation)** - I dati forniti saranno trattati dall'Azienda, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti norme di legge. All'utente competono i diritti previsti dagli artt. 13-14 del GDPR 679/2016, in particolare il diritto ad accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa vigente, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

Data e Luogo _____

Firma del dichiarante _____

SI ALLEGA: Tessera sanitaria e documento di identificazione del richiedente (per i minori di un genitore), codice fiscale degli assistiti da iscrivere

Data e Luogo _____

AUTORIZZAZIONE ASL

(timbro e firma operatore)