

**RICHIESTA DI REVOCA DEL MEDICO DI FAMIGLIA
PER TRASFERIMENTO DEL DOMICILIO SANITARIO IN ALTRA ASL**

Io sottoscritto/a _____
(cognome) _____ (nome) _____

nat il / / a ()

residente nel comune di **via/piazza** n. **...**

(obbligatorio)

indirizzo e.mail _____

(obbligatorio)

per **trasferimento del domicilio sanitario** presso il comune di _____

via/piazza _____ n. _____

CHIEDO LA REVOCA DEL MEDICO DI FAMIGLIA PRESSO L'AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST

Dott./ssa _____ **con decorrenza dal** ____/____/____

per me e/o per i seguenti familiari con me residenti:

figli minorenni per i quali esercito la potestà maggiorenni che confermano la scelta sottoscrivendola

COGNOME E NOME	RELAZIONE DI PARENTELA	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE

Sono consapevole che, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia, sotto la mia personale responsabilità confermo che quanto da me dichiarato nella presente istanza corrisponde a verità. **Sono consapevole** infine che i dati forniti direttamente dall'utente sono tutelati dal D. Lgs. 196/2003 così come modificato dal D. Lgs. 101/2018. e dal Regolamento UE 2016/679. Saranno utilizzati,oltre che in formato cartaceo anche in forma digitale, per la sola ed esclusiva fornitura di prestazioni e/o servizi dallo stesso richiesti, garantendo la sicurezza e riservatezza dei dati stessi. A tale scopo autorizzo l'Azienda USL Toscana Nord Ovest ad utilizzare i dati da me forniti con la presente domanda per la gestione degli elenchi degli iscritti al S.S.R., e di comunicarli ai medici di fiducia da me scelto per me e per i suddetti familiari, nonché agli altri medici associati, al/ri rispettivo/ sostituto/ i .

Data ____ / ____ / ____ (firma del richiedente e dei familiari maggiorenni)

SI ALLEGANO I DOCUMENTI DI IDENTITÀ DEL RICHIEDENTE E DEI FAMILIARI MAGGIORONNI

RISERVATO ALL'AZIENDA USL TOSCANA NORDOVEST

Si conferma che per gli assistiti sopra elencati abbiamo provveduto alla revoca del medico a decorrere dal ____/____/____

Data _____ Firma e timbro AUSL _____