



Azienda Usl Toscana nord ovest
via Cocchi, 7 56121 – Pisa
pec: direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

**Modello 7 Anagrafe Assistiti
residenti nei comuni
MS, LU, PI, LI
Presidio di**

**DOMANDA DI SCELTA DEL MEDICO DI FAMIGLIA IN DEROGA TERRITORIALE
CITTADINI RESIDENTI/DOMICILIATI IN UNO DEI COMUNI DELL'ASL TOSCANA NORD OVEST
(Prov. LU, MS , PI, LI)**

O MEDICO MEDICINA GENERALE

(barrare la casella secondo il medico che si intende scegliere)
PEDIATRA DI FAMIGLIA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
Resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. N. 445 del 28/12/2000

TENUTO CONTO

della disponibilità del medico, come dalla seguente dichiarazione dallo stesso sottoscritta o allegato:
Io sottoscritt^o Dr. _____ dichiaro di accettare le scelte espresse con la presente domanda, che mi verranno attribuite con decorrenza dalla data di presentazione alla AUSL Toscana Nordovest della domanda stessa.

Data _____

Firma e timbro del medico _____

CHIEDO ALL'AUSL TOSCANA NORDOVEST

per me e/o per i familiari conviventi sottoindicati, figli minorenni per i quali esercito la potestà genitoriale o maggiorenni, che confermano la scelta sottoscrivendola, oppure rilasciando apposita delega, allegando copia del documento di identità

Cognome e Nome	Parentela	Data di nascita	Codice Fiscale

Ai sensi dell'art. 39, comma 2 e 5 ACN MMG o art. 37, comma 2 e 3 ACN PLS l'assegnazione del dott. _____

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 Decreto Legislativo 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 al medico di fiducia da me scelto per me e per i suddetti familiari, nonché agli altri medici associati, al/ri rispettivo/i sostituto/i .

Data, _____

(firma del richiedente e dei familiari maggiorenni)

Nel caso che la richiesta riguardi il pediatra di famiglia _____
(firma dell'altro genitore)

In caso di firma di un solo genitore, quest'ultimo, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di effettuare la scelta di comune accordo con l'altro genitore in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale ovvero in conformità a disposizione di legge o a provvedimenti dell'autorità giudiziaria (artt. 316, 337 ter, 337 quater del codice civile)*

* Ai sensi della normativa vigente, la scelta del pediatra è effettuata, nell'esercizio della responsabilità genitoriale, congiuntamente da entrambi i genitori salvo che ricorrono le seguenti fatti specie: unico genitore che ha riconosciuto il minore; impedimento o lontananza di uno dei genitori che renda impossibile l'esercizio della responsabilità genitoriale; affidamento superesclusivo ad uno dei genitori.