



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 richiedi, 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/i 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 ricorrano le seguenti fattispecie: 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*

SPAZIO RISERVATO AL COMITATO AZIENDALE

**SPAZIO RISERVATO AL PARERE DEL COMITATO AZIENDALE**

☐ Domanda accolta  
☐ Domanda respinta Motivazione \_\_\_\_\_

☐ Richiesta accertamenti \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il presidente del CC \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO AL PARERE DEL COMITATO AZIENDALE IN SEDE DI RIESAME**

☐ Domanda accolta  
☐ Domanda respinta Motivazione \_\_\_\_\_

☐ Richiesta accertamenti \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il presidente del CC \_\_\_\_\_