



SCELTA / REVOCA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

Io sottoscritto/a

cognome nome
nato/a il a prov.
stato di nascita cod. fiscale
residente a prov. CAP
via n.
telefono mail
domiciliato a prov. CAP
via n.

CHIEDO

la revoca del MMG / PLS
 l'assistenza del Dott./Dott.ssa (Cognome e nome)
con ambulatorio nel Comune di
 per me
 per i familiari conviventi minorenni e iscritti nello stato di famiglia sotto indicati:

Cognome e nome	Cod. fiscale	Data di nascita	Comune e stato di nascita	Grado di Parentela
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

se non disponibile il medico di prima scelta, in alternativa chiedo l'assistenza di:

1 Dott./Dott.ssa (Cognome e nome)
con ambulatorio nel Comune di
2 Dott./Dott.ssa (Cognome e nome)
con ambulatorio nel Comune di

SCELTA / REVOCA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

SCELGO

di ricevere il documento che attesta il medico **assegnato/revocato** al seguente indirizzo di posta elettronica ordinaria:

di ricevere il documento che attesta il medico **assegnato/revocato** per posta, all'indirizzo (specificare solo se diverso da quello già indicato) :

via n.

comune prov. CAP

SONO CONSAPEVOLE CHE

Le false dichiarazioni, a falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (DPR 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

Data

Firma leggibile del dichiarante*

IN CASO DI MINORE

Firma dell'altro genitore*

DA COMPILARE NEL CASO SIA PRESENTE UN SOLO GENITORE:

Dichiaro, inoltre, di effettuare la scelta/cambio medico del/i minore/i di cui alla tabella sopra riportata in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316,337 ter e 337 quarter del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma leggibile del dichiarante*

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI-INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo: <https://amministrazionetrasparente.auslromagna.it/pubblcita-legale/privacy-tutela-dati-personali>

INFORMAZIONI IMPORTANTI

Per chiedere l'assistenza / la revoca del medico di assistenza primaria o del pediatra inviare la richiesta per posta elettronica ordinaria ad uno dei seguenti indirizzi:

- Per l'ambito di Cesena sceltamedico.ce@auslromagna.it
- Per l'ambito di Forlì sportelloonline.fo@auslromagna.it
- Per l'ambito di Ravenna – Sportello Unico Cervia ce.sportellounico.ra@auslromagna.it
- Per l'ambito di Ravenna – Sportello Unico Faenza sportellounico.fa@auslromagna.it
- Per l'ambito di Ravenna – Sportello Unico Lugo sportellounico.lu@auslromagna.it
- Per l'ambito di Ravenna – Sportello Unico Ravenna sportellounico.ra@auslromagna.it
- Per l'ambito di Rimini uffsceltamedico.rn@auslromagna.it

*** ATTENZIONE:** Deve sempre allegare copia di un documento di identità del richiedente, in caso di scelta del medico per minore occorre allegare copia del documento d'identità di entrambi i genitori.