

**SCELTA E REVOCA del
Medico di Medicina Generale e/o Pediatra di Libera Scelta
per MINORI e/o TUTELATI**Data di emissione:
01/03/2023
rev. 0
Approvato ed emesso in
originale**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/ATTO DI NOTORIETA'
resa ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445**

Il/La sottoscritto/a [] C.F. [], nato/a il []
a [] prov. [] e residente a [],
In via [] n. [] tel. [] mail []

consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità

E

Il/La sottoscritto/a [] C.F. [], nato/a il []
a [] prov. [] e residente a [],
In via [] n. [] tel. [] mail []

IN QUALITA' DI GENITORI (ai sensi della normativa vigente, la scelta del PLS deve essere effettuata **congiuntamente da entrambi i genitori**)

OPPURE**DICHIARA DI ESSERE:**

GENITORE / persona esercente la potestà genitoriale, in quanto:

- impedimento, lontananza o incapacità di uno dei genitori che renda impossibile l'esercizio della responsabilità genitoriale congiunta
- unico genitore che ha riconosciuto il minore
- affidamento superesclusivo ad uno dei genitori (allegare copia del provvedimento del Giudice che attribuisce al genitore affidatario le decisioni di maggior interesse in via esclusiva senza necessità dell'accordo dell'altro coniuge)

TUTORE / AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO con delega specifica alla tutela della salute

CHIEDE / CHIEDONO

di **SCEGLIERE il Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale Dott.** []

o, se non disponibile di SCEGLIERE come ulteriori opzioni uno dei seguenti Pediatri / Medici:

1. Dott. [] 2. Dott. []

(la possibilità di scelta è vincolata ai medici disponibili nella zona di interesse che non abbiano raggiunto il numero massimo di persone assistite),

per il/i seguente/i MINORE/I e/o tutelato/i,

Cognome e Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Grado di parentela/Tutore/ Amministratore
[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]

residente/i a [], in via [] n. []

**SCELTA E REVOCA del
Medico di Medicina Generale e/o Pediatra di Libera Scelta
per MINORI e/o TUTELATI**

di REVOCARE il Pediatra di libera Scelta / Medico di Medicina Generale Dott.

di RICEVERE gli orari degli ambulatori e recapiti del medico via mail all'indirizzo

data

firma richiedente

firma 2° GENITORE

Documenti da allegare PER OGNI RICHIEDENTE E PER OGNI MINORE/TUTELATO:

- Fotocopia documento di identità in corso di validità
- Fotocopia codice fiscale rilasciato dall'Agenzia delle Entrate o fotocopia tessera TEAM

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI IN AMBITO SANITARIO (Regolamento UE 679/2016)



Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679.

Per saperne di più sul trattamento dei dati personali consulta il sito:

<https://www.aslto3.piemonte.it/wp-content/uploads/2022/08/ALLEGATO2.pdf>

data

firma
