

**MODELLO DI SCELTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG) O DEL
PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (PLS)**

(Dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____ in possesso della
Cittadinanza _____ residente a _____ in via _____
n° _____, recapito telefonico _____ mail _____

Consapevole, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di fatti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, sotto la propria responsabilità

CHIEDE

- Per sé
- Per i seguenti familiari

Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela

L'iscrizione a favore del/della Dr./Dr.ssa _____

Si precisa altresì che, con il nuovo ACN art. 39 MMG ed art. 37 PLS, la scelta del medico/pediatra deve intendersi riferito:

- a. in ambito distrettuale;
- b. in ambito aziendale (presuppone la preventiva accettazione da parte del medico/pediatra interessato).

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____ vista la richiesta di scelta dell'assistito _____ residente in comune diverso da quello in cui è ubicato il proprio studio, dichiara di essere disposto ad accettare lo stesso.

Data e Luogo _____ Timbro e firma per esteso del MMG/PLS _____

Il Sottoscritto

"I dati personali raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa dichiarazione viene resa. Per esercitare i suoi diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Reg. UE 2016/679) potrà rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati presso il Titolare del trattamento (ASL BARI – Lungomare Starita 6, 70123 Bari) – email: dpo@asl.bari.it – pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it). Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali, si rinvia al sito internet istituzionale (<http://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari>) nell'apposita sezione Privacy."

Data e Luogo _____
Firma del dichiarante

SI ALLEGA: Tessera sanitaria e documento di identificazione del richiedente (per i minori di un genitore), codice fiscale degli assistiti da iscrivere

Data e Luogo _____

AUTORIZZAZIONE ASL
(timbro e firma operatore)