

**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**

- **DICHIARA di aver ricevuto l'informativa ex art 13-14 del GDPR 679/2016** relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali;
- **DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE** dell'informativa sul trattamento dei dati personali - **Informativa resa ai sensi degli artt. 13-14 del GDPR 679/2016 (General Data Protection Regulation)** - I dati forniti saranno trattati dall'Azienda, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti norme di legge. All'utente competono i diritti previsti dagli artt. 13-14 del GDPR 679/2016, in particolare il diritto ad accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa vigente, la cancellazione ed il blocco degli stessi.
- **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](mailto:dpo@asl.bari.it) – pec: [protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it](mailto:protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it). Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali, si rinvia al sito internet istituzionale (<https://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)