

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 qualità di _____ in possesso della Cittadinanza _____ residente a _____ in via _____
n° _____ recapito telefonico _____ mail _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
in qualità di _____ 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

CHIEDONO

- ☐ Per i seguenti familiari

Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela

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

A TAL FINE

- DICHIARANO, altresì, di essere informati, secondo quanto previsto dall'EU GDPR 2016/679, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.**

Data e Luogo _____

Firma della MADRE

Firma della PADRE

SI ALLEGA:

- fotocopia di un documento di identità in corso di validità dei genitori;
- fotocopia della tessera sanitaria dei minori