

**MODULO**  
**SCELTA MEDICO MEDICINA GENERALE /PEDIATRA DI LIBERA SCELTA**  
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETÀ**  
**(Artt. 46 e 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

I/La sottoscritto/a

COGNOME ..... NOME .....

nato/a a ..... provincia ..... il .....

residente anagraficamente nel comune di ..... provincia .....

in via ..... n. ....

domiciliato nel comune di ..... provincia .....

in via ..... n. ....

cittadinanza ..... codice fiscale.....

telefono (fisso e cellulare).....

e-mail .....

consapevole delle sanzioni derivanti da dichiarazioni non veritiere, ai sensi del D.P.R. 445/2000, sotto la sua personale responsabilità

**CHIEDE**

- assistenza del dott. (nome e cognome )\* .....

**per :**

**se stesso**

**per i familiari di seguito indicati (se appartenenti allo stesso nucleo)**

cognome e nome	relazione parentela	data di nascita	Codice Fiscale	cittadinanza

Se non disponibile perché massimalista il medico di prima scelta, in alternativa chiede l'assistenza di:

1. Dott.....

2. Dott.....

Si informa:

Che i dati sono trattati nel rispetto del Codice della privacy e s.m.i. e del R.EU. 679/2016 e D.L.vo 10172018, come meglio specificato nella informativa visionabile al sito della Azienda Usl Umbria 1 <http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/privacy>.

Che l'Azienda Usl procede ai controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

Che il documento attestante il medico assegnato sarà inoltrato per posta all'indirizzo mail suindicato.

\*Nota bene le informazioni su medici, sedi ambulatori ed orari sono consultabili al seguente indirizzo web: <https://www.uslumbria1.it/medici-e-pediatri/medici-di-famiglia-000>

data.....

firma del dichiarante.....

Allegati:

Fotocopia Doc. Identità.....

Fotocopia Tessera sanitaria .....