MEDICO

ALL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA

DISTRETTO DI ENNA

Ufficio Anagrafe Assistiti

CAMBIO/SCELTA/REVOCA MEDICO

IL SOTTOSCRITTO _____ NATO A _____
PROV. (_____) IL _____ RESIDENTE IN _____
VIA _____ N°. _____ TEL N. _____
DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO _____ N° _____
COD. FISC.

DICHIARA

(BARRARE LA SCELTA EFFETTUATA)

☐ PER SE'

☐ PER IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A _____
NATO/A A _____ PROV. (_____) IL _____
COD. FISC.

☐ di scegliere come proprio medico di Medicina Generale il Dott. _____

oppure

☐ di revocare il proprio medico di Medicina Generale Dott. _____
e di scegliere il Dott. _____

☐ e contestualmente, il rilascio della tessera sanitaria (fine assistenza SSN _____)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento UE n° 2016/679 e del D.Lgs. n° 101/2018, con la sottoscrizione del presente modulo, il sottoscritto acconsente al trattamento dei dati ivi inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati, nella consapevolezza che tali dati saranno trattati, anche ed eventualmente su supporto informatico, esclusivamente per le finalità di cui alla superiore richiesta (in caso di genitore esercente la responsabilità genitoriale sul minore, il genitore presente DICHIARA che l'altro genitore è informato ed acconsente al trattamento dei dati del minore).

Enna _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

(O DI CHI NE FA LE VECI)

_____