

ALL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA  
Distretto Sanitario di Piazza Armerina  
Ufficio Anagrafe Assistiti  
Piazza Armerina

Oggetto: Richiesta cambio Medico Medicina Generale.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_  
Tef. (obbligatorio) \_\_\_\_\_  
Cod. Fiscale: \_\_\_\_\_

DICHIARA

Di revocare il proprio Medico di M.G. Dott. \_\_\_\_\_  
e di scegliere il Dott. \_\_\_\_\_

Si allega:

- Copia documento di riconoscimento;
- Copia Tessera Sanitaria;
- Modello Privacy da compilare e firmare.

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

*Il ritiro del libretto dovrà essere effettuato **personalmente** (o con eventuale delega nei modi di legge) nella giornata di **Venerdì dalle ore 10:00 alle ore 12:00***



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/DI ATTO DI NOTORIETÀ**

Resa ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità

**DICHIARO**

Di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_, via/corso \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

n. tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

e di essere genitore del minore:  NUOVO NATO:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente/i in \_\_\_\_\_, via/corso \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

avendo preso visione dell'elenco dei Pediatri di libera scelta, ambito territoriale \_\_\_\_\_ affisso presso l'Ufficio Anagrafe Assistiti di \_\_\_\_\_

**CHIEDO**

a. di SCEGLIERE il pediatra Dott. \_\_\_\_\_

(già pediatra del figlio maggiore \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

o, se non disponibile, di SCEGLIERE come ulteriori opzioni uno dei seguenti professionisti

(compilare possibilmente tutte le opzioni richieste):

1. Dott. \_\_\_\_\_, 2. Dott. \_\_\_\_\_

Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.L. 30 giugno 2003, 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.

**Riservato all'Ufficio**

Il Pediatra scelto dall'utente non può essere assegnato poiché il Sistema NAR non consente l'inserimento per il seguente motivo: \_\_\_\_\_

L'operatore addetto \_\_\_\_\_

Per quanto sopra, il richiedente opta a favore del Dr./Dr.ssa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Il, \_\_\_\_\_

firma

Da allegare: Fotocopia documento di identità valido del dichiarante \_\_\_\_\_

Fotocopia codice fiscale rilasciato dall'Agenzia delle Entrate del nuovo nato \_\_\_\_\_

# CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(art. 7 Reg. UE n° 679/2016 e D. Lgs. N° 101/2018)

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_, documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

in qualità di diretto interessato o esercente la potestà genitoriale/la tutela/la curatela/l'amministrazione di sostegno su:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali;
<input type="checkbox"/>	non esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali;
<input type="checkbox"/>	esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati ad altri soggetti, secondo quanto indicato nella presente informativa;
<input type="checkbox"/>	non esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati ad altri soggetti, secondo quanto indicato nella presente informativa;
<input type="checkbox"/>	esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali;
<input type="checkbox"/>	non esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali;
<input type="checkbox"/>	esprimo il consenso al trattamento delle seguenti categorie particolari dei miei dati personali
<input type="checkbox"/>	non esprimo il consenso al trattamento delle seguenti categorie particolari dei miei dati personali

el caso di esercenti la podestà:

il genitore presente dichiara che l'altro genitore esercente sul minore è informato e acconsente al trattamento dei personali.

Nel caso di impossibilità dell'interessato a prestare il consenso per incapacità, anche temporanea: il soggetto che autorizza il trattamento dati ( familiare, convivente, responsabile di struttura) si impegna, non pena l'interessato sia in grado di prestare autonomamente il consenso, a comunicargli di averlo prestato in voce e della possibilità di revocarlo.

OGO E DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

# CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(art. 7 Reg. UE n° 679/2016 e D. Lgs. N° 101/2018)

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_, documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

in qualità di diretto interessato o esercente la potestà genitoriale/la tutela/la curatela/l'amministrazione di sostegno su:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali;
<input type="checkbox"/> non esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali;
<input type="checkbox"/> esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati ad altri soggetti, secondo quanto indicato nella presente informativa;
<input type="checkbox"/> non esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati ad altri soggetti, secondo quanto indicato nella presente informativa;
<input type="checkbox"/> esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali;
<input type="checkbox"/> non esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali;
<input type="checkbox"/> esprimo il consenso al trattamento delle seguenti categorie particolari dei miei dati personali _____
<input type="checkbox"/> non esprimo il consenso al trattamento delle seguenti categorie particolari dei miei dati personali _____

Nel caso di esercenti la potestà:

il genitore presente dichiara che l'altro genitore esercente sul minore è informato e acconsente al trattamento dei personali.

Nel caso di impossibilità dell'interessato a prestare il consenso per incapacità, anche temporanea: il soggetto che autorizza il trattamento dati ( familiare, convivente, responsabile di struttura) si impegna, non appena l'interessato sia in grado di prestare autonomamente il consenso, a comunicargli di averlo prestato in sua voce e della possibilità di revocarlo.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA 'ATTO DI NOTORIETA'

l sottoscritt \_\_\_\_\_

nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 47 DPR 28/12/2000 n°445 , consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000

### DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità :

- 1 ) Di essere stato informato dall'operatore dell'infrazione relativa agli anni 2014/ 2015 /2016 /2017 per l'esenzione E02 e si impegna al relativo pagamento al momento dell'eventuale notifica.
- 2 ) Che per l'anno 2021 possiede i requisiti necessari per il rilascio dell'esenzione.

P. ARMERINA \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'Art. 38 del DPR 2000 , la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto assieme al documento d'identità del dichiarante.