

RICHIESTA SCELTA MEDICO

Il/La sottoscritto/a
(cognome) (nome)

nato/a a il
(luogo provincia/stato)

residente in via
(luogo e provincia/stato) (indirizzo completo)

telefono e-mail

RICHIEDE

Di essere iscritto all'Anagrafe Sanitaria dell'AST di Fermo, scegliendo, a tale scopo, il

Dott./Dott.ssa

In caso di indisponibilità del suddetto Medico **INDIVIDUA** anche:

il Dott./Dott.ssa

per sé ed, eventualmente, per i familiari conviventi sotto indicati.

A tal fine, consapevole/reso edotto delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/28.12.2000 in caso di dichiarazioni non veritiere, falsità negli atti e uso di atti falsi, **DICHIARA** che il proprio **nucleo familiare anagrafico** è composto come di seguito:

Cognome Nome	data di nascita	Grado di Parentela
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Letto, confermato e sottoscritto.

Lì
(data)

(firma per esteso e leggibile)

ALLEGARE COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla protezione dei dati personali riguardante i servizi sanitari, ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE) 2016/679.

COMPILARE ANCHE QUESTA PARTE DEL MODULO SE VIENE DELEGATA A PRESENTARSI ALLO SPORTELLINO UNA PERSONA CHE NON FA PARTE DEL NUCLEO FAMILIARE

DELEGA

Il DICHIARANTE di cui sopra DELEGA per la scelta del Medico il/la sig./sig.ra

nato/a il C.F.

Data Firma

Allega copia documento di riconoscimento del delegante e del delegato.