

Cittadini iscritti al Servizio Sanitario Nazionale: richiesta di cambiare il medico di medicina generale o il pediatra

Io sottoscritto/a

(nome) _____ | (cognome) _____

nato/a il _____ | a _____ | Prov. _____

Stato di nascita _____ | codice fiscale _____

residente a _____ | Prov. _____ | CAP _____

Via _____ | n. _____

telefono (fisso o cellulare) _____

e-mail (facoltativo) _____

CHIEDO

scrivere le informazioni richieste

▶ la revoca dell'assistenza del dott. (nome e cognome) _____

▶ l'assistenza del dott. (nome e cognome) _____

con l'ambulatorio nel Comune di _____

barrare le caselle di interesse e scrivere le informazioni richieste

per me

per i familiari conviventi (iscritti nello stato di famiglia) qui indicati:

Nome Cognome	Cod. fiscale	Data di nascita	Comune e Stato di nascita	Grado di parentela	Genere (F/M)

▶ se non disponibile il medico di prima scelta, in alternativa chiedo l'assistenza di:

scrivere le informazioni richieste

1. dott. (nome e cognome) _____

con l'ambulatorio nel Comune di _____

2. dott. (nome e cognome)

con l'ambulatorio nel Comune di dott. (nome e cognome)

con l'ambulatorio nel Comune di

3. dott. (nome e cognome)

con l'ambulatorio nel Comune di

SCELGO DI (se la richiesta è presentata in farmacia, è necessario barrare l'ultima casella e scrivere le informazioni richieste)

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

ritirare il documento che attesta il medico assegnato di persona negli uffici dell'AUSL del distretto sanitario di residenza

fare ritirare il documento che attesta il medico assegnato a una persona delegata

ricevere il documento che attesta il medico assegnato all'indirizzo di posta elettronica ordinaria (specificare)

ricevere il documento che attesta il medico assegnato all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) (specificare)

ricevere il documento che attesta il medico assegnato per posta, all'indirizzo (specificare solo se diverso da quello già indicato)

Via

Comune

CAP

Prov.

SONO CONSAPEVOLE CHE

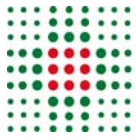
le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data

| firma (per esteso e leggibile)

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMATIVA D.LGS. 196/2003, ART.13

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo www.ausl.mo.it/informativaprivacy



INFORMAZIONI IMPORTANTI

Come chiedere di cambiare il medico di medicina generale o il pediatra

Può presentare la sua richiesta in 3 modi:

- di persona
- per posta elettronica ordinaria, all'indirizzo sportelloonline@pec.ausl.mo.it
- per Posta Elettronica Certificata (PEC), all'indirizzo sportelloonline@pec.ausl.mo.it

ATTENZIONE! Se delega un'altra persona a presentare la sua richiesta, deve ricordarsi di compilare anche il "Modulo di delega".

Se usa la posta elettronica ordinaria, deve allegare obbligatoriamente una fotocopia di un suo documento di identità in corso di validità. Ricordi, però, che soltanto scrivere da un indirizzo PEC le garantisce riservatezza dei dati e certezza di consegna del messaggio.

Se la richiesta è presentata presso una farmacia, è necessario **allegare una copia di un documento d'identità** in corso di validità.