



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE CALABRIA
SCELTA / VARIAZIONI DI SCELTA - MEDICO GENERICO O PEDIATRA

Al Distretto Socio-Sanitario di _____
Ufficio scelta e revoca Polo Territoriale di _____

ASSISTIBILE

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

CODICE FISCALE: _____

RESIDENZA ANAGRAFICA

COMUNE _____ INDIRIZZO _____

DOMICILIO D'ISCRIZIONE TEMPORANEA

COMUNE _____ INDIRIZZO _____

RECAPITO TELEFONICO _____ MAIL _____

CHIEDE

PER SE STESSO PER I PROPRI FAMILIARI (allegare nominativi, codici fiscali e grado di parentela)

L'ISCRIZIONE AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE IL CAMBIO DEL MEDICO DI FAMIGLIA

MEDICO SCELTO:Dott./Dott.ssa _____

Oppure, in subordine, se massimalista e/o indisponibile:

Dott./dott.ssa _____

MEDICO REVOCATO:Dott./Dott.ssa _____

Allegare copia del documento d'identità e della tessera sanitaria

Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (D.lgs 196/03)

I dati forniti dall'utente verranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali. All'utente competono i diritti di cui all'art. 13 della L. 675/96, tra cui il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione, ecc.

Luogo e Data _____

FIRMA DEL DICHIARANTE

DELEGA(eventuale):

Il/lasottoscritto/a delega ad effettuare la scelta del Medico di Assistenza Primaria e/o del Pediatra di Libera Scelta

il/la Sig./ra _____

Allegare copia del documento d'identità e della tessera sanitaria del delegato e del delegante

Luogo e Data _____

FIRMA DEL DELEGANTE