

Ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale dei Pediatri,

Il/La sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____ e residente a _____

via _____ tel _____

- ☐ Genitore (con responsabilità genitoriale) del minore

_____ nato/a il _____

a _____

- ☐ CON IL CONSENSO DELL'ALTRO GENITORE _____

- ☐ oppure GENITORE CON RESPONSABILITÀ ESCLUSIVA

CHIEDE PER IL FIGLIO/A

IL MANTENIMENTO DELLA SCELTA DEL DOTT. _____

SINO AL COMPIIMENTO DEL 16° ANNO DI ETÀ' PER IL SEGUENTE MOTIVO:

Si allega:

- dichiarazione del pediatra relativa alla sua accettazione.
- documentazione sanitaria

Luogo e data _____

In fede

Parte riservata all'ufficio ricevente

Verificata la documentazione presentata, si è provveduto a:

☐ RILASCIARE TESSERA SANITARIA (esenzione già certificata da MDB)

☐ ACCETTARE L'ISTANZA.

Data _____

L'ADDETTO _____

I dati forniti tramite questo modulo saranno trattati per l'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei pubblici poteri propri dell'Azienda USL di Piacenza, Titolare del trattamento.

Le informazioni generali sul trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, sono consultabili nella sezione Privacy del sito internet dell'Azienda USL di Piacenza www.ausl.pc.it.

E' fatta salva, comunque, la possibilità per l'Amministrazione di procedere ad idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive. Fermo restando quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.