

Al Comitato Aziendale
AUSL di PIACENZA

Oggetto: richiesta autorizzazione in deroga territoriale di MMG e PLS

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il
____ / ____ / _____, con tessera di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale della Regione
_____, n° _____ e residente nel Comune di
_____(prov. _____) C.A.P. n° _____ in via
_____, n° _____, telef. n° _____

CHIEDE

- Per se stesso
- Per se stesso ed i famigliari di seguito elencati (1)
- Per i famigliari di seguito elencati (1)
- Per i soggetti di seguito elencati (1)

(1) *In questi casi occorre allegare la delega e la fotocopia di un documento di identità valido sia del delegante che del delegato*

L'autorizzazione ad effettuare la scelta del/della dr./dr.ssa _____, medico di
medicina generale / pediatria di libera scelta (cancellare la parte che NON interessa) iscritto negli elenchi dell'Azienda
USL di Piacenza, Distretto di _____.

La suddetta richiesta è dettata dai seguenti motivi: _____

Si allega la documentazione comprovante i motivi suesposti e l'accettazione da parte del medico.

Data ____ / ____ / _____

Firma _____

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.