

SCELTA/CAMBIO DEL PEDIATRA/MMG PER FIGLIO MINORE

Il/La sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____ e residente a _____
via _____ tel _____
domiciliato a _____ via _____ n. _____

Genitore (con responsabilità genitoriale) del minore _____
_____ nato/a il _____ a _____

☐ CON IL CONSENSO DELL'ALTRO GENITORE _____

oppure

☐ GENITORE CON RESPONSABILITÀ ESCLUSIVA

CHIEDE

DI EFFETTUARE PER IL PROPRIO FIGLIO/A LA SCELTA DEL PEDIATRA/MEDICO DI
MEDICINA GENERALE

- Dr. _____

Sono consapevole che le false dichiarazioni, la falsità in 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) _____

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

TIPO _____ e n. _____ documento del

RICHIEDENTE

Rilasciato da _____

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.