

***RICHIESTA DI ISCRIZIONE ALL'ANAGRAFE ASSISTITI DEL SSR CON
SCELTA DEL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA***

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)
nato/a a _____ il ____/____/____
(luogo) (provincia/stato)
residente in _____ via _____
(luogo) (provincia/stato) (indirizzo completo)
telefono _____ e-mail _____

RICHIEDE

Di essere iscritto all'Anagrafe Sanitaria del Servizio Sanitario Regionale, scegliendo, a tale scopo, il

Dott./Dott.ssa _____

In caso di indisponibilità del suddetto Medico INDIVIDUA anche:

il Dott./Dott.ssa _____

per sé ed, eventualmente, per i familiari conviventi sotto indicati.

A tal fine, consapevole/reso edotto delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/28.12.2000 in caso di dichiarazioni non veritiere, falsità negli atti e uso di atti falsi, **DICHIARA** che il proprio nucleo familiare anagrafico è composto come di seguito:

Cognome Nome	data di nascita	Grado di Parentela
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Letto, confermato e sottoscritto.

li _____
(data)

_____ (firma per esteso e leggibile)

ALLEGARE COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla protezione dei dati personali riguardante i servizi sanitari, ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE) 2016/679.

COMPILARE ANCHE QUESTA PARTE DEL MODULO SE VIENE DELEGATA A PRESENTARSI ALLO SPORTELLINO UNA PERSONA CHE NON FA PARTE DEL NUCLEO FAMILIARE

DELEGA

Il DICHIARANTE di cui sopra DELEGA per la scelta del Medico il/la sig./sig.ra

_____ nato/a _____

il _____ C.F. _____

Data _____ Firma _____

Allega copia documento di riconoscimento del delegante e del delegato.