

Cittadini iscritti al Servizio Sanitario Nazionale: richiesta di cambiare il medico di medicina generale o il pediatra

Io sottoscritto/a

(nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

Stato di nascita | codice fiscale

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

CHIEDO

scrivere le informazioni richieste

▶ la revoca dell'assistenza del dott. (nome e cognome)

▶ l'assistenza del dott. (nome e cognome)

con l'ambulatorio nel Comune di

barrare le caselle di interesse e scrivere le informazioni richieste

per me

per i familiari conviventi (iscritti nello stato di famiglia) qui indicati:

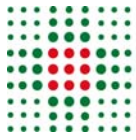
| Nome Cognome | Cod. fiscale | Data di nascita | Comune e Stato di nascita | Grado di parentela | Genere (F/M) |
|--------------|--------------|-----------------|---------------------------|--------------------|--------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

▶ se non disponibile il medico di prima scelta, in alternativa chiedo l'assistenza di:

scrivere le informazioni richieste

1. dott. (nome e cognome)

con l'ambulatorio nel Comune di



2. dott. (nome e cognome)

con l'ambulatorio nel Comune di

3. dott. (nome e cognome)

con l'ambulatorio nel Comune di

SCELGO DI (se la richiesta è presentata in farmacia, è necessario barrare l'ultima casella e scrivere le informazioni richieste)

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

ritirare il documento che attesta il medico assegnato di persona negli uffici dell'AUSL del distretto sanitario di residenza

fare ritirare il documento che attesta il medico assegnato a una persona delegata

ricevere il documento che attesta il medico assegnato all'indirizzo di posta elettronica ordinaria
(specificare)

ricevere il documento che attesta il medico assegnato all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) (specificare)

ricevere il documento che attesta il medico assegnato per posta, all'indirizzo (specificare solo se diverso da quello già indicato)

Via

Comune

CAP

Prov.

SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli 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)

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo www.ausl.mo.it/informativaprivacy

INFORMAZIONI IMPORTANTI

Come chiedere di cambiare il medico di medicina generale o il pediatra

Può presentare la sua richiesta in 3 modi:

- di persona
- per posta elettronica ordinaria, all'indirizzo sportelloonline@pec.ausl.mo.it
- per Posta Elettronica Certificata (PEC), all'indirizzo sportelloonline@pec.ausl.mo.it

Ricordi che soltanto scrivere da un indirizzo PEC le garantisce la riservatezza dei dati e la certezza di consegna del messaggio.

ATTENZIONE! Se delega un'altra persona a presentare la sua richiesta, deve ricordarsi di compilare anche il "Modulo di delega".

Deve sempre allegare **una copia di un suo documento di identità**, tranne nel caso in cui presenti la richiesta di persona agli uffici dell'Azienda USL di Modena o tramite la sua PEC personale.

Se la richiesta è presentata presso una farmacia, la farmacia provvede a inviarla all'Azienda USL tramite fax o posta elettronica (a un indirizzo non PEC).