

## Cittadini con domicilio nel territorio dell'AUSL di Modena: scelta del medico di medicina generale o del pediatra

(D.P.C.M. 19/5/1995)

Io sottoscritto/a

(nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

Stato di nascita | nazionalità

codice fiscale

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

### CHIEDO

*scrivere le informazioni richieste*

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

con l'ambulatorio nel Comune di

per me

per i familiari conviventi *barrare le caselle di interesse e scrivere le informazioni richieste (iscritti nello stato di famiglia) qui indicati:*

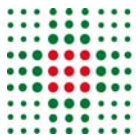
Nome Cognome	Cod. fiscale	Data di nascita	Comune e Stato di nascita	Grado di parentela	Genere (F/M)

► 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

4. dott. (nome e cognome)

con l'ambulatorio nel Comune di

### DICHIARO

▶ di essere domiciliato nel Comune di (specificare)

in Via

| n.

per il periodo (specificare il numero dei mesi)

*barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

▶ per questo motivo:

situazione lavorativa (specificare il nome del datore di lavoro e l'indirizzo)

iscrizione al centro per l'impiego nel Comune di

studio (specificare il nome dell'istituzione scolastica e l'indirizzo)

salute personale (allegare il certificato medico)

assistenza a un familiare (allegare il certificato medico e specificare le generalità)

nome e cognome

data di nascita

| grado di parentela

### DICHIARO INOLTRE (compilare solo se residenti fuori regione Emilia-Romagna)

di NON essere iscritto nelle liste degli assistiti dell'Azienda USL di residenza

### SCELGO DI

*barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

ricevere il documento che attesta il medico assegnato, per posta elettronica all'indirizzo (specificare)

consapevole che, in caso di indirizzo di posta elettronica non certificata, non è garantita la riservatezza dei dati e la certezza di consegna del messaggio

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

Via

Comune

| CAP

| Prov.

## ALLEGRO

- il certificato medico (solo se l'assistenza è richiesta per motivi di salute personale o per assistenza a un familiare)
- una copia di un documento di identità in corso di validità

## 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](http://www.ausl.mo.it/informativaprivacy). I dati da lei forniti tramite questo modulo, compresi i suoi recapiti (numero di telefono e indirizzo e-mail), saranno registrati nell'Anagrafe Sanitaria Regionale per futuri utilizzi previsti dalla legge. L'informativa specifica sul trattamento dei dati personali nell'ambito dell'Anagrafe Sanitaria Regionale è disponibile on line su [www.ausl.mo.it/informative-privacy](http://www.ausl.mo.it/informative-privacy). Può comunicare la variazione dei suoi recapiti scrivendo a [dpo@ausl.mo.it](mailto:dpo@ausl.mo.it)

## INFORMAZIONI IMPORTANTI

### Come chiedere l'assistenza del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta

Può presentare la sua richiesta in diversi modi:

- di persona
- per posta elettronica ordinaria o certificata, all'indirizzo [sportelloonline@pec.ausl.mo.it](mailto: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".

### Durata dell'assistenza

La scelta del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta per domicilio temporaneo ha una validità annuale e può essere rinnovata.