



Cittadini italiani con residenza nel territorio dell'AUSL di Modena: **autocertificazione per iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale e scelta del medico di medicina generale e del pediatra**

Io sottoscritto/a

(nome)

| (cognome)

telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

DICHIARO CHE

scrivere le informazioni richieste

▶ sono nato/a il

a

Stato di nascita

| nazionalità

codice fiscale

▶ sono residente nel Comune di

| Prov. Modena

Via

| n.

dal (specificare data)

▶ la mia precedente residenza era nel Comune di

| Prov.

(specificare lo Stato se estero)

▶ il mio domicilio coincide con la mia residenza

CHIEDO

per me

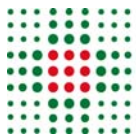
▶ l'assistenza del dott. (nome e cognome)

▶ se non disponibile, in alternativa chiedo l'assistenza di

1. dott. (nome e cognome)

2. dott. (nome e cognome)

3. dott. (nome e cognome)



CHIEDO INOLTRE (compilare solo se si chiede il medico/pediatra per un minore)

in qualità di

- genitore che esercita la responsabilità genitoriale insieme all'altro genitore, che concorda
- genitore che esercita la responsabilità genitoriale in esclusiva
- tutore/affidatario

del minore

(nome e cognome)

maschio femmina

nato/a il

a _____ | Prov. _____

Stato di nascita

cittadinanza

codice fiscale

residente nel Comune di

| Prov. _____

Via _____ | n. _____

► l'assistenza del medico/pediatra

dott. (nome e cognome)

► se non disponibile, in alternativa chiedo l'assistenza del

1. dott. (nome e cognome)

2. dott. (nome e cognome)

del minore

(nome e cognome)

maschio femmina

nato/a il

a _____ | Prov. _____

Stato di nascita

cittadinanza

codice fiscale

residente nel Comune di

| Prov. _____

Via _____ | n. _____

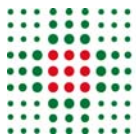
► l'assistenza del medico/pediatra

dott. (nome e cognome)

► se non disponibile, in alternativa chiedo l'assistenza del

1. dott. (nome e cognome)

2. dott. (nome e cognome)



DICHIARO CHE* *(compilare solo in caso di necessità)*

scrivere le informazioni richieste

► un mio familiare anagraficamente convivente

(nome e cognome)

(codice fiscale)

è già assistito da uno dei medici indicati

sopra, cioè dal dott. *(nome e cognome)*

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.

ALLEGO

- 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.

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. Può comunicare la variazione dei suoi recapiti scrivendo a dpo@ausl.mo.it

INFORMAZIONI IMPORTANTI

Come presentare la richiesta

Può presentare la sua richiesta in diversi modi:

- di persona
- per posta elettronica ordinaria o certificata, all'indirizzo sportelloonline@pec.ausl.mo.it trasmettendo con un unico invio tutta la documentazione (modulo e relativi allegati) altrimenti non sarà possibile prendere in carico la richiesta.

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".

***Come viene assegnato il medico/pediatra**

Il medico/pediatra può essere assegnato solo se ha posti disponibili.

La verifica sulla disponibilità di posti viene eseguita in riferimento ai singoli medici, seguendo l'ordine indicato nella richiesta.