



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

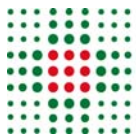
▶ l'assistenza del dott. (nome e cognome)

▶ 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
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. _____

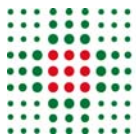
▶ l'assistenza del medico/pediatra

dott. (nome e cognome)

▶ se non disponibile, in alternativa chiedo l'assistenza

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.

In caso di indisponibilità di posti, il medico può essere assegnato solo se assiste già un familiare anagraficamente convivente con la persona richiedente, comunque entro il limite fissato per questa categoria di assistenza dagli Accordi collettivi nazionali e regionali per la disciplina dei rapporti con MMG-PLS.