



Nuovi nati: autocertificazione di nascita del figlio per l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale e scelta del pediatra

Io sottoscritto/a

(nome)

| (cognome)

nato/a il

| a

| Prov.

Stato di nascita

| cittadinanza

codice fiscale

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

residente nel Comune di

| Prov. Modena

via

| n.

residente nello Stato estero

e dimorante nel Comune di

| Prov. Modena

telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

DICHIARO CHE

barrare le caselle di interesse e scrivere le informazioni richieste

mio/a figlio/a maschio femmina

(nome)

| (cognome)

cittadinanza

è nato/a il

XXXXXXXXXXXX a

| Prov.

codice fiscale (se già attribuito)

è residente nel Comune di

| Prov. Modena

via

il suo domicilio è nel Comune di

| Prov.

| CAP

via

CHIEDO

barrare UNA casella

in qualità di

genitore che esercita la responsabilità genitoriale insieme all'altro genitore, che concorda

genitore che esercita la responsabilità genitoriale in esclusiva

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

► l'assistenza pediatrica

del dott. (nome e cognome)

già pediatra di mio/a figlio/a (nome e cognome)

nato/a il | a | Prov. | Stato

codice fiscale

del dott. (nome e cognome)

► se non disponibile il pediatra di prima scelta, in alternativa chiedo l'assistenza di:

scrivere le informazioni richieste

1. dott. (nome e cognome)

2. dott. (nome e cognome)

3. dott. (nome e cognome)

4. 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 l'autocertificazione e chiedere l'assistenza del pediatra di libera scelta

Può presentare la sua autocertificazione 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 pediatra**

Il pediatra può essere assegnato solo se ha posti disponibili.

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