



Cittadini con medico di medicina generale o pediatra nell'Ausl di Modena: richiesta di cambiare il medico/pediatra

Io sottoscritto/a

(nome)

| (cognome)

nato/a il

| a

| Prov.

Stato di nascita

| codice fiscale

residente a

| Prov.

| CAP

Via

| n.

domiciliato a

| Prov.

| CAP

Via

| n.

telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

CHIEDO

per me

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

▶ 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

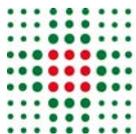
femmina

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. _____

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

▶ 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)*

nato/a il _____

a _____ | Prov. _____

Stato di nascita _____

cittadinanza _____

codice fiscale _____

residente nel Comune di _____

| Prov. _____

Via _____ | n. _____

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

▶ 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)*

▶ 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

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

- una copia di un documento di identità in corso di validità
- la dichiarazione di accettazione del medico/pediatra scelto (solo se l'attuale medico curante non cessa l'attività e appartiene alla stessa Associazione del nuovo professionista scelto)

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 chiedere di cambiare il medico di medicina generale o il pediatra

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".

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).

* 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.