****

Oggetto: Scelta del Medico di Assistenza Primaria.

Il/La sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chiede

* per se stesso
* per se stesso e per il/i familiare/i qui di seguito elencato/i che ha/hanno delegato il/ la sottoscritto/a
* per il/i familiare/i qui di seguito elencato/i che ha/hanno delegato il/ la sottoscritto/a

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome e Nome | Data di nascita | Codice fiscale |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Di avvalersi dell’opera professionale del Dr./Dr.ssa

1 scelta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In alternativa (qualora il Medico individuato nella 1° scelta raggiunga il massimale e di conseguenza non ha posti disponibili)

2° scelta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi del regolamento UE 679/2016 autorizzo l’ASST SETTE LAGHI al trattamento dei dati personali

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGARE UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL RICHIEDENTE E DEI FAMILIARI**