

Oggetto: Scelta del Medico

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residenti a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_In qualità di Genitori del/dei minore/i sotto

riportato/i

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

Chiediamo

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

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

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

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

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

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

 Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **ALLEGARE UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DI ENTRAMBI I GENITORI**