



Modulo Scelta del medico di base (anche per i minori)
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Io sottoscritto/a _____ Codice Fiscale _____
_____ consapevole che, a mente dell'art. 76 del D.P.R. n.445 del
28.12.2000, rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal medesimo
decreto costituisce condotta punibile ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia;
consapevole della possibilità che siano eseguiti controlli tesi a verificare la veridicità di quanto dichiarato così
come previsto dalla normativa vigente;

DICHIARO

di essere nato/a a _____ prov. (_____) il
_____ residente a _____ via
_____ cap _____ n. _____ tel.
_____ cell. _____

CHIEDO

di SCEGLIERE il Medico di Famiglia (MMG) Dott.
_____ o, se non disponibile, di SCEGLIERE come
ulteriori opzioni in ordine di preferenza uno dei seguenti professionisti:

1. DOTT. _____
2. DOTT. _____
3. DOTT. _____
4. DOTT. _____



PER il sottoscritto;

PER il/i seguente/i familiare/i minore/i (**al di sopra dei sei anni**) e/o tutelato/i, appartenenti al medesimo nucleo familiare IN ACCORDO con l'altro genitore _____ detentore della potestà genitoriale:

1. Nome e cognome _____ nato/a il _____

2. Nome e cognome _____ nato/a il _____

3. Nome e cognome _____ nato/a il _____

4. Nome e cognome _____ nato/a il _____

Residente/i a _____ via _____ cap _____

A tal fine

DELEGO

il/la Sig./ra _____ nato/a a _____ il _____

a provvedere presso il competente Ufficio Anagrafe del Distretto ai conseguenti adempimenti amministrativi conformi alla suddetta scelta.

CHIEDO

di inviare la copia (o foto) della Tessera Sanitaria Cartacea a: (**indicare l'indirizzo e-mail**)

esonero l'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale, da qualsivoglia responsabilità collegata all'utilizzo di questo mezzo di comunicazione.

FIRMA _____
(per esteso e leggibile)

Da allegare **per ogni utente che sceglie il medico:**

- Copia (o foto) del documento di identità valido (**anche dell'eventuale delegato**)
- Copia (o foto) della tessera sanitaria in uso