



## Cittadini con domicilio nel territorio dell'AUSL di Modena: scelta del medico di medicina generale o del pediatra

(D.P.C.M. 19/5/1995)

Io sottoscritto/a

(nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

Stato di nascita | nazionalità

codice fiscale

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

### DICHIARO

▶ di essere domiciliato nel Comune di (specificare)

in Via | n.

per il periodo (specificare il numero dei mesi)

*barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

▶ per questo motivo:

situazione lavorativa (specificare il nome del datore di lavoro e l'indirizzo)

iscrizione al centro per l'impiego nel Comune di

studio (specificare il nome dell'istituzione scolastica e l'indirizzo)

salute personale (allegare il certificato medico)

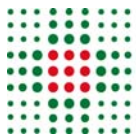
assistenza a un familiare (allegare il certificato medico e specificare le generalità)

(nome) | (cognome)

data di nascita | grado di parentela

### DICHIARO INOLTRE (compilare solo se residenti fuori regione Emilia-Romagna)

di NON essere iscritto nelle liste degli assistiti dell'Azienda USL di residenza



**CHIEDO**

per me

▶ 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

nato/a il

---

a | Prov.

---

Stato di nascita

---

cittadinanza

---

codice fiscale

---

residente nel Comune di

---

| Prov.

---

Via | n.

---

▶ l'assistenza del medico/pediatra

dott. *(nome e cognome)*

---

▶ se non disponibile, in alternativa chiedo l'assistenza del

1. dott. *(nome e cognome)*

---

2. dott. *(nome e cognome)*

---

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.

---

▶ l'assistenza del medico/pediatra

dott. *(nome e cognome)*

---

▶ se non disponibile, in alternativa chiedo l'assistenza del

1. dott. *(nome e cognome)*

---

2. 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

- il certificato medico (solo se l'assistenza è richiesta per motivi di salute personale o per assistenza a un familiare)
- 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](http://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](http://www.ausl.mo.it/informative-privacy). Può comunicare la variazione dei suoi recapiti scrivendo a [dpo@ausl.mo.it](mailto:dpo@ausl.mo.it)

## INFORMAZIONI IMPORTANTI

### **Come chiedere l'assistenza del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta**

Può presentare la sua richiesta in diversi modi:

- di persona
- per posta elettronica ordinaria o certificata, all'indirizzo [sportelloonline@pec.ausl.mo.it](mailto: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).

### **Durata dell'assistenza**

La scelta del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta per domicilio temporaneo ha una validità massima di un anno e può essere rinnovata.