



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)

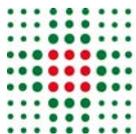
assistenza a un familiare (allegare il certificato medico e specificare le generalità)

(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.

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 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, 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.