



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

DELEGA SCELTA MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG)

PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (PLS)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

in possesso della cittadinanza _____

residente a _____ in via _____ n _____

recapito telefonico _____ mail _____

consapevole delle sanzioni penali con perdita del beneficio conseguito nel caso di dichiarazioni non veritiere ai sensi degli artt.75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità

CHIEDE

per sé

per i seguenti familiari:

Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela

l'iscrizione a favore del/della Dr./Dr.ssa _____

A tal fine

DELEGA

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

il _____ residente a _____ via _____ n _____

a provvedere ai conseguenti adempimenti amministrativi conformi alla suddetta richiesta.

Dichiara, altresì, di essere informato/a, secondo quanto previsto dall'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, "Codice in materia dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____, li _____

Il/La dichiarante

Si allega:

- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante
- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del delegato
- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità di tutti i componenti il nucleo familiare
- tessera sanitaria /codice fiscale