



RICHIESTA CAMBIO MEDICO DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

Il/la sottoscritto/a.....
nato/a..... il.....cittadinanza.....
residente a..... in via.....
telefono e-mail

C. F.....

In qualità di
(genitore, amministratore di sostegno o altro soggetto formalmente delegato)

CHIEDE

per sé

per conto di:

cognome..... nome.....
nato/a..... il..... cittadinanza.....
residente a..... in via.....
telefono e-mail

C. F..... iscritto negli elenchi dell'ASST

la scelta del medico/pediatra di famiglia secondo la preferenza di seguito elencata:

- 1) Dottor _____
- 2) Dottor _____
- 3) Dottor _____

Il sottoscritto si impegna a segnalare tempestivamente qualunque variazione che dovesse intervenire nella situazione sopra rappresentata.
E' consapevole che la presente equivale ad autocertificazione ai sensi del D.P.R. n° 445/2000.

INFORMATIVA PRIVACY
Ai sensi degli artt. 13 e 14 Reg. UE n. 2016/679 e del vigente D.lgs. 196/03

La informiamo che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per eseguire i propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio di pubblici poteri a fronte dei servizi richiesti dall'utente. In relazione ai dati personali conferiti, gli interessati hanno il diritto, compatibilmente agli obblighi di legge vigenti, di ottenere l'accesso ai propri dati, copia, rettifica, cancellazione o la limitazione del trattamento o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento). Nel caso il trattamento avvenga in violazione del citato Regolamento, l'interessato ha diritto, inoltre, di proporre reclamo al Garante o di adire le opportune sedi giudiziarie. Resta inteso che il conferimento dei dati è strettamente necessario, tuttavia l'eventuale rifiuto a fornirci, in tutto o in parte, i suoi dati personali potrà comportare la mancata o parziale esecuzione della richiesta presentata. Per prendere visione dell'informativa completa, si invita l'interessato a consultare e/o chiedere copia della modulistica allegata oppure prendere visione delle informative esposte nei locali e/o presenti sul sito www.asst-lodi.it. **Dati di contatto del Titolare del Trattamento:** Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi, Piazza Ospedale, 10 – 26900 Lodi, Tel. 0371-371; Indirizzo mail protocollo@pec.asst-lodi.it; **Dati di contatto Responsabile della Protezione dei Dati personali:** Dott.ssa Maria Francesca Fasano; Viale Savoia, 1 – 26900 Lodi; Tel. 0371-371; mail dpo@asst-lodi.it.

Data _____

Firma _____

Allegato: fotocopia di un documento d'identità del dichiarante art. 38 del DPR 28.12.2000, n. 445

