

***RICHIESTA SCELTA MEDICO***

Il/La sottoscritto/a   
(cognome) (nome)

nato/a a  il   
(luogo provincia/stato)

residente in  via   
(luogo e provincia/stato) (indirizzo completo)

telefono  e-mail

***RICHIEDE***

Di essere iscritto all'Anagrafe Sanitaria dell'AST di Fermo, scegliendo, a tale scopo, il

Dott./Dott.ssa

In caso di indisponibilità del suddetto Medico **INDIVIDUA** anche:

il Dott./Dott.ssa

per sé ed, eventualmente, per i familiari conviventi sotto indicati.

A tal fine, consapevole/reso edotto delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/28.12.2000 in caso di dichiarazioni non veritiere, falsità negli atti e uso di atti falsi, **DICHIARA** che il proprio **nucleo familiare anagrafico** è composto come di seguito:

Cognome Nome	data di nascita	Grado di Parentela
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Letto, confermato e sottoscritto.**

Lì   
(data)

(firma per esteso e leggibile)

**ALLEGARE COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO**

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla protezione dei dati personali riguardante i servizi sanitari, ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE) 2016/679.

---

**COMPILARE ANCHE QUESTA PARTE DEL MODULO SE VIENE DELEGATA A PRESENTARSI ALLO SPORTELLINO UNA PERSONA CHE NON FA PARTE DEL NUCLEO FAMILIARE**

***DELEGA***

Il DICHIARANTE di cui sopra DELEGA per la scelta del Medico il/la sig./sig.ra

nato/a  il  C.F.

Data  Firma

**Allega copia documento di riconoscimento del delegante e del delegato.**