

**RICHIESTA SCELTA DEL
PEDIATRA DI LIBERA SCELTA /MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ (_____) in Via _____ n. _____

Domiciliato/a _____ in via _____ n. _____

Codice Fiscale _____ tel. _____

Genitore (o chi ne fa le veci) del/della/dei minore/i :

_____ data di nascita _____

_____ data di nascita _____

In ACCORDO con l'altro genitore: _____
(nome, cognome, data di nascita)

RICHIEDE

L'iscrizione del/della/dei minore/i con il Dr./Dr.ssa _____

Oppure, in caso di indisponibilità del suddetto Pediatra/Medico,

con il/la Dr./Dr.ssa _____

Data _____

Firme dei genitori

*(In caso di firma di un solo genitore, quest'ultimo, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, **dichiara di effettuare la scelta di comune accordo con l'altro genitore** in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale ovvero in conformità a disposizione di legge o a provvedimenti dell'autorità giudiziaria (artt. 316, 337 ter, 337 quater del Codice Civile))*

Si allega:

- a) documento di riconoscimento in corso di validità del genitore (o di chi ne fa le veci)
- b) tessera sanitaria del/della/dei minore/i

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. (codice sulla privacy), esprimo il mio consenso al trattamento dei dati riportati nella presente dichiarazione con riferimento al procedimento per il quale la dichiarazione è stata rilasciata.