



A S L 2 Abruzzo Lanciano - Vasto - Chieti
Ufficio Scelta e Revoca del Medico
U.O.C. Area Distrettuale 1

Spett.le ASL n. 2 Lanciano-Vasto-Chieti
U.O.C. Area Distrettuale n. 1

Distretto Sanitario di _____

Mail: assistentzaprimeria.chieti@asl2abruzzo.it

Il/La sottoscritto/a _____ Cod.Fiscale _____

Nato a _____ il _____ Cittadinanza _____

Residente a _____ invia _____ n. _____

Telefono _____ E mail: _____

CONSAPEVOLE CHE AI SENSI DELL' ART. 76 DEL D.P.R. 445/2000, IL RILASCIO DI DICHIARAZIONI MENDACI E' PUNITO AI SENSI DEL CODICE PENALE E DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA.

DICHIARA

per se stesso per i seguenti familiari o soggetti anagraficamente conviventi a carico fiscale

Cognome e Nome	Data di nascita	Luogo di Nascita	Rapporto di parentela

Che venga eseguita la seguente operazione:

la scelta del medico di medicina generale Dott. _____ se indisponibile
Dott. _____

la scelta del pediatra di libera scelta Dott. _____ se indisponibile
Dott. _____

la revoca del medico Dott. _____ dal _____

per domicilio temporaneo altra ASL/Regione - nuova scelta

l'attivazione della Carta Nazionale dei Servizi (CNS) sulla Tessera Sanitaria(TS)

Indirizzo e-mail per invio credenziali: _____

il duplicato della Tessera Sanitaria(TS) per: furto/smarrimento - deterioramento

il prolungamento dell'assistenza pediatrica fino a 16 anni (si allega accettazione da parte del Pediatra)

Si allegano: 1) Fotocopia documento di identità valido 2) Fotocopia della Tessera Sanitaria 3) Permesso di soggiorno (solo cittadini stranieri extra U.E.) 4) contratto di lavoro/ certificato iscrizione centro per l'impiego (solo cittadini U.E.).

Chieti li, _____
(data)

(firma del richiedente)

Il sottoscritto, preso atto dell'informativa di cui all'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR), acconsente al trattamento ed alla comunicazione dei suoi dati personali ad opera dei soggetti indicati nella suddetta informativa e nei limiti di cui alla stessa.

Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa e sarà considerato valido per ogni ulteriore accesso sino ad eventuale revoca da parte dell'interessato.

Chieti li, _____
(data)

(firma del richiedente)