



*Distretto Collinare
di San Daniele del Friuli*

Allegato

**Modulo Scelta del medico di base (anche per i minori)
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)**

Io sottoscritto/a _____ Codice Fiscale _____
consapevole che, a mente dell'art. 76 del D.P.R. n.445 del 28.12.2000, rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal medesimo decreto costituisce condotta punibile ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia;
consapevole della possibilità che siano eseguiti controlli tesi a verificare la veridicità di quanto dichiarato così come previsto dalla normativa vigente;

DICHIARO

di essere nato/a a _____ prov. (_____) il _____

residente a _____ via _____ cap _____

n. tel. _____ cell. _____

CHIEDO

di SCEGLIERE il Medico di Famiglia (MMG) Dott. _____
o, se non disponibile, di SCEGLIERE come ulteriori opzioni in ordine di preferenza uno dei seguenti professionisti:

1. DOTT. _____

2. DOTT. _____

3. DOTT. _____

4. DOTT. _____

PER il sottoscritto;

PER il/i seguente/i familiare/i minore/i (**al di sopra dei sei anni**) e/o tutelato/i, appartenenti al medesimo nucleo familiare IN ACCORDO con l'altro genitore _____
detentore della potestà genitoriale:

1. Nome e cognome _____ nato/a il _____





ASU FC
Azienda sanitaria
universitaria
Friuli Centrale



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

*Distretto Collinare
di San Daniele del Friuli*

2. Nome e cognome _____ nato/a il _____

3. Nome e cognome _____ nato/a il _____

4. Nome e cognome _____ nato/a il _____

Residente/i a _____ via _____ cap _____

.....
(spazio per eventuale delega)

A tal fine

DELEGO

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

a provvedere presso il competente Ufficio Anagrafe del Distretto Collinare di San Daniele del Friuli
ai conseguenti adempimenti amministrativi conformi alla suddetta scelta.

Si prega di inviare la copia (o foto) della Tessera Sanitaria Cartacea a: **(indicare l'indirizzo e-mail)**

FIRMA _____

(per esteso e leggibile)

Da allegare **per ogni utente che sceglie il medico:**

- Copia (o foto) del documento di identità valido (**anche dell'eventuale delegato**)
- Copia (o foto) della tessera sanitaria in uso



Sistema Sanitario Regionale

Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale – ASU FC
Sede Legale: Via Pozzuolo 330 – 33100 Udine UD
CF e PI 02985660303 – PEC asufc@certsanita.fvg.it