



Distretto Collinare  
di San Daniele del Friuli

**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 ulteriore opzione il seguente professionista:  
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 \_\_\_\_\_  
2. Nome e cognome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
Residente/i a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

A tal fine

**DELEGO**

il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ a provvedere presso il competente Ufficio Anagrafe del Distretto 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**)

**esonerando l'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale, da qualsivoglia responsabilità  
collegata all'utilizzo di questo mezzo di comunicazione.**

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