



**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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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.

### CHIEDO

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

---

**esonero 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