



MOD. SCELTA MMG/PLS

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO NOTORIETA'

(Art.46 e 47 T.U. DPR 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____ CF _____

Nato/a a _____ il _____ cittadinanza _____

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 , e della decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA:

In qualità di diretto interessato

In qualità di genitore del minore _____ *(indicare nominativo del minore)*

Per il Sig./Sig.ra _____ *(indicare nominativo di cui si allega Atto di Delega)*

SEZIONE 1

la residenza a _____
 in via _____ n. _____

(se il Comune di residenza indicato non appartiene al territorio dell'AUSL di Bologna, compilare Sezioni 2 e 3)

SEZIONE 2

il domicilio per un periodo superiore a 3 mesi a _____
 in via _____ n. _____

SEZIONE 3

per uno dei seguenti motivi:

lavoro presso _____

studio presso _____

salute *di cui ALLEGO COPIA della certificazione sanitaria/esenzione generale*

essere iscritto al Centro per l'Impiego di _____
(il Comune indicato deve appartenere al territorio dell'AUSL di Bologna)

ospite in Struttura di Accoglienza *(per es. Casa Protetta, Comunità di recupero, Casa Famiglia; ecc.) di cui ALLEGO COPIA dichiarazione rilasciata dalla struttura*

familiari *(precisare)* _____

altro *(precisare: bisogni di vita personale di elevata rilevanza qualitativa, quali ad esempio l'assistenza a minori o adulti in difficoltà, ecc.)* _____

consapevole che l'assegnazione del medico ha durata non superiore a 1 anno ed è eventualmente rinnovabile alla scadenza, su nuova richiesta.

CHIEDE

l'assegnazione del MEDICO DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

Dr _____
(il quale ha acconsentito, come da **dichiarazione allegata**) (*)

iscritto negli elenchi dell'AUSL di _____ con ambulatorio nel Comune di _____

per sé e/o per i seguenti familiari:

| Cognome nome | luogo di nascita | Data di nascita | Relaz parentela | MMG/PLS scelto |
|--------------|------------------|-----------------|-----------------|----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

A tal fine allego tesserino di precedente iscrizione

oppure

A tal fine dichiaro di aver smarrito il tesserino di precedente iscrizione (*compilare Dichiarazione Precedente Iscrizione della pagina seguente*)

oppure

A tal fine dichiaro di non essere mai stato iscritto negli elenchi di assistenza medico/generica di alcuna ASL del territorio nazionale

oppure

A tal fine dichiaro di non essere attualmente iscritto negli elenchi di assistenza medico/generica di alcuna ASL del territorio nazionale (*Allegare Dichiarazione di cancellazione MMG/PLS Asl di provenienza*)

Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs.n°196 del 30/06/2003 e successive modifiche e integrazioni/Legge sulla Privacy), autorizza il trattamento e la comunicazione dei dati che lo riguardano, ai soli fini del procedimento richiesto e per cui è stata resa la suddetta dichiarazione. SI NO

Data _____ **FIRMA DEL DICHIARANTE** _____

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

(*) L'autorizzazione del medico è necessaria solo nelle deroghe interdistrettuali

La sottoscrizione delle soprascritte dichiarazioni e istanza è stata apposta in mia presenza dal dichiarante, identificato con doc. _____ n° _____
rilasciato/a da _____ il _____

Preventivamente ammonito sulle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci:

Data _____ **Login dell'operatore** _____
Distretto _____

ALLEGARE QUI TESSERINO DI PRECEDENTE ISCRIZIONE

oppure

**In caso di smarrimento del tesserino di precedente iscrizione COMPILARE
DICHIARAZIONE PRECEDENTE ISCRIZIONE**

il/i medico/i di precedente iscrizione sono:

| Cognome e nome MMG/PLS | Regione MMG/PLS | ASL MMG/PLS | Comune/Distretto MMG/PLS | Cognome e nome assistito | Data nascita assistito |
|-----------------------------------|----------------------------|------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Data _____ **FIRMA DEL DICHIARANTE** _____

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

(*) L'autorizzazione del medico è necessaria solo nelle deroghe interdistrettuali

La sottoscrizione delle soprascritte dichiarazioni e istanza è stata apposta in mia presenza dal dichiarante, identificato con doc. _____ n° _____
rilasciato/a da _____ il _____

Preventivamente ammonito sulle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci:

Data _____ **Login dell'operatore** _____
Distretto _____

Utilizzare le informazioni raccolte in questa pagina in caso di Prima Iscrizione in AUSL di Bologna per Domiciliazione Sanitaria di cittadini residenti fuori dalla Regione Emilia-Romagna o comunque iscritti in ASL di altra Regione per comunicare a tale ASL di procedere alla revoca del proprio MMG/PLS.