

MODULO DI DELEGA PER LA SCELTA DEL MEDICO DI BASE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ ()
il _____ () codice fiscale _____
residente a _____ () via _____ n. _____
Tipo Documento _____ n. _____
Rilasciato da _____ in data _____
Data _____ **Firma leggibile del delegante** _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ ()
il _____ () codice fiscale _____
residente a _____ () via _____ n. _____
Tipo Documento _____ n. _____
Rilasciato da _____ in data _____
Data _____ **Firma leggibile del delegante** _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ ()
il _____ () codice fiscale _____
residente a _____ () via _____ n. _____
Tipo Documento _____ n. _____
Rilasciato da _____ in data _____
Data _____ **Firma leggibile del delegante** _____

DELEGA/DELEGANO

Il/La Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ ()
il _____ () codice fiscale _____
residente a _____ () via _____ n. _____
Tipo Documento _____ n. _____
Rilasciato da _____ in data _____
Data _____ **Firma leggibile del delegato** _____

AD EFFETTUARE PER PROPRIO CONTO L'ISCRIZIONE ALL'ANAGRAFE REGIONALE CENTRALIZZATA DEGLI ASSISTITI SCEGLIENDO UN MEDICO DI MEDICINA GENERALE TRA QUELLI DISPONIBILI ALL'INTERNO DELL'AMBITO TERRITORIALE DI RESIDENZA.

Il Delegato dovrà presentare allo sportello copia fotostatica del/i DOCUMENTO/I D'IDENTITÀ in corso di validità del/i delegante/i.

Informativa per il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi degli artt.13 e s.s. del Regolamento Europeo n. 679/2016
Si informa che i dati personali e sensibili del delegato e del delegante saranno trattati e raccolti dall'AST PESARO URBINO esclusivamente per le finalità indicate nel presente modulo e nel rispetto delle misure di sicurezza e protezione previste dalla normativa Nazionale (D.Lgs n. 193/03 e D.Lgs n. 101/18) ed Europea (GDPR 679/16).