



Azienda Sanitaria Locale n. 2 Lanciano - Vasto - Chieti

U.O.C. Area Distrettuale 1

Direttore Dott. Renato Lisio

areadistrettuale1@asl2abruzzo.it

Uffici Scelta e Revoca

assistenzaprimaria.area1@asl2abruzzo.it

ISTANZA DI SCELTA IN DEROGA ALLA RESIDENZA

Il/la sottoscritto/a nato/a a
il.....residente inVian.....

CHIEDE

di poter effettuare la scelta in deroga del medico/pediatra di famiglia operante nel Comune di
.....Dott.

Per se stesso i seguenti familiari:

nome e cognome	data di nascita	residenza	rapporto di parentela
----------------	-----------------	-----------	-----------------------

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

Per motivi di : lavoro studio salute

consapevole che, in caso di dichiarazione mendace, falsità in atti e uso di atti falsi nei casi previsti dal D.P.R. 445/2000 sarà punito ai sensi del C.P. secondo quanto prescritto dall'art.76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000),

DICHIARA IL SEGUENTE DOMICILIO

Il Proprio :

Del Familiare/i indicato al punto):.....

Allega la seguente documentazione:.....
.....
.....

Il sottoscritto, preso atto dell'informativa di cui all'art.13 del D.Lgs.196/2003, acconsente, ai sensi dell' art. 23 del predetto decreto, al trattamento ed alla comunicazione dei suoi dati personali ad opera dei soggetti indicati nella suddetta informativa nei limiti di cui alla stessa. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa e sarà considerato valido per ogni ulteriore accesso sino ad eventuale revoca da parte dell'interessato.

_____ , _____

IL DICHIARANTE
