

**As FO**

Azienda sanitaria Friuli Occidentale

**RICHIESTA DI SCELTA IN DEROGA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE  
E/O DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA****Dichiarazione sostitutiva di certificazione e/o dell'Atto di notorietà  
(Artt. 46, 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 in Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_

in qualità di:  Tutore  Amministratore di sostegno  Esercente la potestà genitoriale  
 di (nome e cognome) \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 in Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_

Attualmente iscritto nell'elenco degli assistiti del Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76  
 D.P.R. 445 del 28/12/2000

**CHIEDE**

che venga autorizzata la scelta, in deroga alla normativa vigente, a favore del

Medico Medicina Generale

Pediatra Libera Scelta

Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_  
 appartenente al Distretto/Ambito Sanitario \_\_\_\_\_

per il proprio rappresentato/amministrato

per i familiari sotto elencati del proprio rappresentato/amministrato

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Parentela
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Motivazione della richiesta:**

Rapporto di fiducia

Vicinanza alla propria abitazione

Altro (*Specificare motivo*) \_\_\_\_\_

**PRENDO ATTO DELL'INFORMATIVA EX ART. 13 D.LGS. 196/2003 "CODICE DELLA PRIVACY" RIPORTATA SUL RETRO DELLA PRESENTE  
 DICHIARAZIONE**

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

(per esteso e leggibile)

**As FO**

Azienda sanitaria Friuli Occidentale

**RISERVATO AL MEDICO DI MEDICINA GENERALE O PEDIATRA DI LIBERA SCELTA**

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ accetta come assistito/i il/i Signor/i sopra elencato/i

Data \_\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_

**RISERVATO AL DIRETTORE DEL DISTRETTO** Parere **POSITIVO** Parere **NEGATIVO**

Data \_\_\_\_\_

Firma del Direttore di Distretto \_\_\_\_\_

**RISERVATO AL REFERENTE DELLA COMMISSIONE/COMITATO U.D.M.G. /P.L.S.** Parere **POSITIVO** Parere **NEGATIVO**

Data \_\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA EX ART. 13 D.LGS. 196/2003 "CODICE DELLA PRIVACY"**

- a) I trattamenti dei dati personali sono effettuati dall'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" (AAS 5) ai fini della scelta in deroga del Medico di Medicina Generale e/o del Pediatra di Libera Scelta del proprio rappresentato/amministrato. Il trattamento è effettuato con e/o senza l'ausilio di mezzi elettronici, o comunque automatizzati, e comprende, nel rispetto dei limiti e delle condizioni poste dall'art. 11 del D.Lgs. 196/03, tutte le operazioni o complesso di operazioni previste dall'art. 4, comma 1, lett. a) D.Lgs. 196/03 e necessarie al trattamento in questione, ivi inclusa la comunicazione ai soggetti di cui alla successiva lettera d e comunque con l'osservanza delle misure minime cautelative della sicurezza e riservatezza dei dati previste dalla normativa vigente.
- b) Il conferimento dei dati personali ha natura obbligatoria.
- c) Il difetto, totale o parziale, del conferimento dei dati personali comporta, pertanto, l'impossibilità di perseguire le finalità indicate alla lettera a.
- d) I dati personali oggetto dei trattamenti in questione possono essere comunicati a soggetti diversi dall'AAS 5 per le finalità indicate nella lettera a.
- e) Nei casi previsti dalla normativa vigente (ad es., legge n. 241 del 1990), ai documenti detenuti dall'AAS 5 contenenti i suoi dati personali possono avere accesso soggetti pubblici o privati.
- f) Ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/03, l'interessato/a ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i dati trattati e come essi vengono utilizzati, nonché il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento facendone esplicita richiesta al Responsabile del trattamento.
- g) Titolare del trattamento è l'AAS 5. Responsabile del trattamento è il Responsabile del Distretto a cui è presentata l'istanza.