

RICHIESTA ASSEGNAZIONE MEDICO DI MEDICINA GENERALE DI NUOVA NOMINA**Il sottoscritto/a**

(nome) _____ (cognome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

nazionalità _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____

telefono (fisso o mobile) _____ e-mail (facoltativa) _____

in qualità di: diretto interessato altro (specificare) _____**di:** (nome) _____ (cognome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____ grado di parentela (specificare) _____

residenza (se diversa) _____

CHIEDE

l'assegnazione del Dott. _____ quale Medico di Medicina Generale per sé e per i famigliari sottoindicati, con decorrenza dalla data di effettivo inizio dell'attività del Medico:

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e art. 13 del Reg. UE 2016/679:

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1., esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P., Via Carlo Boggio 12 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslcn1.it

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)

Data _____

Firma _____

*Il sottoscrittore è identificato con documento di identità n. in data**Il dipendente addetto*

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il presente modulo serve per effettuare la scelta di un nuovo Medico di Medicina Generale a decorrere da 10 giorni prima del suo effettivo insediamento, fermo restando che l'effettiva assegnazione dello stesso decorrerà solo ed esclusivamente dalla data del primo giorno di presa servizio del nuovo MMG.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Interessato – Genitore esercente la patria potestà (nel caso di minori) – Tutore – Amministratore di Sostegno – Coniuge, figlio o altro parente fino al III° grado (solo in caso di impedimento sanitario e con presentazione di autocertificazione di impedimento redatta dal richiedente – art.4 DPR 445/2000).

Al di fuori dei casi sopraindicati occorre specifica delega (ModDAD104).

MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo deve essere consegnato allo Sportello di Scelta e Revoca dell'ASL e sottoscritto dall'interessato in presenza del dipendente addetto, oppure sottoscritto e presentato unitamente a copia fotostatica del documento di identità del sottoscrittore (art. 38, c. 3, DPR 445/2000).

Nel caso in cui l'utente scelga la prima modalità di consegna l'operatore di sportello procederà alla rilevazione del n. di carta di identità compilando la parte del modulo *"Il sottoscrittore è identificato con documento di identità n... rilasciato dal Comune di ... data.....Il dipendente addetto"*.

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

L'acquisizione della richiesta è immediata ma l'assegnazione del Medico di Medicina Generale decorre solo dal primo giorno di presa servizio del nuovo MMG.

RIFERIMENTI / LINK

Distretti	http://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/lassistenza-sanitaria-di-base/iscrivere-al-sistema-sanitario-nazionale/
-----------	---