

**AUTOCERTIFICAZIONE DELLA QUALITÀ DI
GENITORE/TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
PER ISCRIZIONE DI MINORE AL SSN O NUOVA SCELTA PLS/MMG
(ART.46 –D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 n.445)****Il sottoscritto/a**

(nome) _____ (cognome) _____
nato/a a _____ il _____ prov. _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____
telefono (fisso o mobile) _____ e-mail _____

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art.76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

DICHIARA DI ESSERE

- Genitore esercente la potestà genitoriale.
 Tutore/Curatore di minore
 Amministratore di sostegno con delega specifica alla tutela della salute

del minore:

(nome) _____ (cognome) _____
nato/a a _____ il _____ prov. _____
residenza (se diversa) _____

In quanto:

- unico genitore che ha riconosciuto il minore;
 impedimento, lontananza o incapacità di uno dei genitori che renda impossibile l'esercizio della responsabilità genitoriale;
 affidamento **superesclusivo** ad uno dei genitori (occorre allegare il provvedimento del Giudice che attribuisce al genitore affidatario le decisioni di maggior interesse in via esclusiva senza la necessità dell'accordo dell'altro coniuge).

Luogo e data _____

Firma del dichiarante _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL Reg. UE 2016/679:

*Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al 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 d'identità n. _____ data _____

L'Operatore addetto Firma _____

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

La dichiarazione serve per poter iscrivere il bambino al SSN o per poter variare il PLS/MMG.

Ai sensi della normativa vigente, la scelta del PLS deve essere effettuata **congiuntamente da entrambi i genitori** salvo che ricorrano le seguenti fattispecie:

- unico genitore che ha riconosciuto il minore;
- impedimento, lontananza o incapacità di uno dei genitori che renda impossibile l'esercizio della responsabilità genitoriale;
- affidamento **super esclusivo** del minore ad uno dei genitori (occorre allegare il provvedimento del Giudice che attribuisce al genitore affidatario le decisioni di maggior interesse in via esclusiva senza la necessità dell'accordo dell'altro coniuge).

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Genitore esercente la patria potestà – Tutore - Curatore – Amministratore di Sostegno –

MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo deve essere consegnato da chi lo compila all'Operatore di Sportello e, in caso di delega, va allegata copia del documento d'identità del delegante oppure va esibito l'originale del documento di identità del delegante che verrà fotocopiato ed allegato alla relativa dichiarazione.

Il delegato deve essere munito di valido documento d'identità, i cui estremi verranno riportati sul modulo dagli Operatori di Sportello.

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

La tempistica della prestazione è immediata a Sportello se tutta la documentazione è regolare.

RIFERIMENTI / LINK

Distretti	https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/distretti-sanitari/isciversi-al-sistema-sanitario-nazionale
-----------	---