

Richiesta Cambio Pediatra di Libera Scelta

Il sottoscritto (cognome e nome) _____
Codice Fiscale _____ nato il _____
a _____ (____) e residente a _____ (____)
via _____ n. _____ tel _____
email _____

IN QUALITA' DI GENITORE o TUTORE LEGALE DEL MINORE

Cognome e nome _____ nato il _____
a _____ Codice fiscale _____

consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, così come stabilito dall'art. 76 del DPR 445/00 e che decadono i benefici ottenuti sulla base delle dichiarazioni non veritiere

chiede l'iscrizione del proprio figlio nelle liste della Pediatra Dott.ssa MICHELIN EVA

Luogo, data _____ In fede _____

Dichiaro di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 DLG 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allegare obbligatoriamente documento di riconoscimento in corso di validità del genitore dichiarante e inviare a Azienda USL di Ferrara con le seguenti modalità:

- email: richiesteonline@ausl.fe.it oppure sportellounico@ausl.fe.it
- fax n. 0532 235665 oppure 0532 235393
- via pec a sad@pec.ausl.fe.it
- posta ordinaria o raccomandata a:
Azienda USL di Ferrara – Servizi Amministrativi Distrettuali
C.so Giovecca, 203
44121 Ferrara