

Ricevuto il
Alle ore:

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Franciacorta

All. MMG/1 – rev. Giugno 2020

Modulo per la Scelta del Medico di Medicina Generale

(solo per i **RESIDENTI** nel Comune di **Coccaglio**)

Il sottoscritto/a richiedente..... nato/a a

il residente in in via

tel. fisso/mobile **e-mail (obbligatoria):**

chiede che venga assegnato a sé *[e ai figli minorenni (cognome e nome) appartenenti al medesimo nucleo familiare anagrafico*

1) nato il
(cognome e nome)

2) nato il

3) nato il

4) nato il]

il Medico di Medicina Generale secondo le priorità di scelta sotto indicate:

Priorità di SCELTA	COGNOME NOME del MEDICO
1	
2	
3	
4	

Nel caso si richieda il ricongiungimento al medico già assegnato ad un familiare, indicare il nominativo (cognome e nome) del componente del nucleo familiare.

Assistito..... nato/a il.....
(cognome e nome)

Luogo, data.....

Firma del richiedente

.....

Allegati al modulo:

• **Fotocopia documento d'identità del/dei richiedente/i (preparare la fotocopia del documento)**

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati al Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Franciacorta saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste Regolamento 679/2016/UE.

Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici.

Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Franciacorta.

L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE.

L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo www.asst-franciacorta.it.

Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è il seguente soggetto:

DPO	P.IVA	Via/Piazza	CAP	Comune	Nominativo del DPO
LTA Srl	14243311009	Via della Conciliazione, 10	00193	Roma	RECUPERO LUIGI