AL DISTRETTO 2
AZIENDA ULSS 07 PEDEMONTANA
36061 BASSANO DEL GRAPPA VI

DOMANDA DI CAMBIO MEDICO

(SI PREGA DI COMPILARE IN STAMPATELLO)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il |__|__| |__|__| |__|__|__|__| a_____ Prov- |__|__|

residente a _____

in via _____n. |__|__|__|__|__|__|

RECAPITO TELEFONICO (OBBLIGATORIO) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

e-mail_____ Tel/Cell. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__||__|

CODICE FISCALE (OBBLIGATORIO) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

SCEGLIE IL SEGUENTE MEDICO

1:_____

o, in alternativa,

2:_____

3. _____

☐ **per sé** ☐ **per i componenti del suo nucleo familiare**:

COGNOME E NOME	**DATA DI NASCITA**	**CODICE FISCALE** *(campo obbligatorio)*

Data |__|__| |__|__| |__|__|__|__| Firma _____

ALLEGATI: COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL RICHIEDENTE

La richiesta può essere consegnata alla sede distrettuale di competenza, oppure per velocizzare il processo può essere trasmesso tramite posta elettronica, unitamente alla copia o foto di un suo documento di identità (art. 38 DPR 445/2000), al seguente indirizzo: cambio.medico@aulss7.veneto.it, o ancora trasmesso tramite posta oppure a mezzo fax al numero 0445/598247 o 0445/388195 allegando sempre la fotocopia del documento di identità del richiedente (art. 38 DPR 445/2000).

Nelle domande compilate per l'intero nucleo familiare, il consenso al trasferimento dei dati sanitari deve essere sottoscritto da tutti i componenti maggiorenni.

CONSENSO AL TRASFERIMENTO DEI DATI SANITARI AL NUOVO MEDICO CURANTE

Il/la sottoscritto/a - noi sottoscritti

Informato/a/i dell'importanza per il proprio medico di poter disporre dei propri dati sanitari al fine di poter garantire la migliore assistenza possibile

ESPRIME/ESPRIMIAMO IL PROPRIO CONSENSO

al trasferimento dei dati sanitari presenti negli archivi informatici del Dr. al nuovo medico prescelto.

Firma_____

Firma_____

Luogo _____data|__|__| |__|__| |__|__|__|__| Firma_____

Firma _____

Firma_____