

**AGLI SPORTELLI AMMINISTRATIVI  
DEL DISTRETTO 2  
UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE  
AZIENDA ULSS7 PEDEMONTANA**

**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)

**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**

\_\_ **NON ESPRIME/ESPRIMIAMO IL PROPRIO CONSENSO**

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

Data \_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**ALLEGATI: COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL RICHIEDENTE**

La richiesta va inviata 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](mailto:cambio.medico@aulss7.veneto.it), (art. 38 DPR 445/2000), oppure può essere consegnata alla sede distrettuale di competenza.