

***RICHIESTA DI ISCRIZIONE ALL'ANAGRAFE ASSISTITI DEL SSR CON  
SCELTA DEL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA***

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
nato/a a \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(luogo) (provincia/stato)  
residente in \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
(luogo) (provincia/stato) (indirizzo completo)  
telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

***RICHIEDE***

Di essere iscritto all'Anagrafe Sanitaria del Servizio Sanitario Regionale, scegliendo, a tale scopo, il

Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_.

In caso di indisponibilità del suddetto Medico INDIVIDUA anche:

il Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_.

per sé ed, eventualmente, per i familiari conviventi sotto indicati.

A tal fine, consapevole/reso edotto delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/28.12.2000 in caso di dichiarazioni non veritiere, falsità negli atti e uso di atti falsi, **DICHIARA** che il proprio **nucleo familiare** anagrafico è composto come di seguito:

Cognome	Nome	data di nascita	Grado di Parentela
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Letto, confermato e sottoscritto.

li \_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_ (firma per esteso e leggibile)

**ALLEGARE COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO**

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla protezione dei dati personali riguardante i servizi sanitari, ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE) 2016/679.

---

**COMPILARE ANCHE QUESTA PARTE DEL MODULO SE VIENE DELEGATA A PRESENTARSI ALLO SPORTELLINO UNA PERSONA CHE NON FA PARTE DEL NUCLEO FAMILIARE**

***DELEGA***

Il DICHIARANTE di cui sopra DELEGA per la scelta del Medico il/la sig./sig.ra

\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Allega copia documento di riconoscimento del delegante e del delegato.**