



A.S.L. TO1

Azienda Sanitaria Locale
Torino

SEDE LEGALE: Via San Secondo, 29

10128 TORINO - Tel. +39 011 5661566

info@aslto1.it - www.aslto1.it

C.F. P.I. 09737640012

Mod. Nuovi nati

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/DI ATTO DI NOTORIETA'

Rese ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

Residente in Torino, via/corso _____ n. _____ cap _____

Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria _____

n. tel. _____

consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità

CHIEDE

di SCEGLIERE il pediatra Dott. _____

per il/i seguente/i familiare/i minore/i NUOVO/I NATO/I :

1. Nome e cognome _____ nato/a il _____

2. Nome e cognome _____ nato/a il _____

3. Nome e cognome _____ nato/a il _____

Residente/i in Torino, via/corso _____ n. _____ cap _____

e che tale scelta rappresenta "ricongiungimento familiare" in quanto il pediatra segue già il

familiare minore: nome e cognome _____ nato/a il _____

ovvero di SCEGLIERE come seconda opzione, nel caso in cui il pediatra prescelto sia un massimalista, il Dott. _____

Chiede, infine, che la "Ricevuta d'Iscrizione" pervenga con la seguente modalità:

_____ (indicare l'indirizzo di posta elettronica o il n. fax nel caso in cui sia diverso dall'invio per posta).

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.L. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Torino,

firma
