

ALL'UFFICIO PROTOCOLLO
protocollo@aulss2.veneto.it

La domanda va trasmessa all'indirizzo email dell'Ufficio Protocollo dell'Azienda ULSS 2. L'interessato riceverà la risposta all'indirizzo di posta elettronica indicato.

**RICHIESTA PER L'ASSEGNAZIONE DI UN MEDICO DI MEDICINA GENERALE
OPERANTE IN COMUNE LIMITROFO DI AZIENDA ULSS
O REGIONE DIVERSA DA QUELLA DI RESIDENZA**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ (____) CAP _____
in via/piazza _____ n. _____
domiciliato a _____ (____) CAP _____
in via/piazza _____ n. _____
tel./cell. _____ **email** _____
C.F. _____ Tessera Sanitaria n. _____
attualmente assistito dal/dalla dott./dott.ssa _____
operante nell'Azienda Ulss _____

PER I SEGUENTI MOTIVI

CHIEDE

l'assegnazione del nuovo Medico di Medicina Generale dott./dott.ssa _____
operante presso l'Ulss _____

☐ per se stesso;

☐ per il coniuge/convivente (previa delega);

☐ per il/la figlio/a minore _____

nato/a a _____ (____) il _____

C.F. _____ Tessera Sanitaria n. _____

già assistito dal/dalla dott./dott.ssa _____ ;

☐ per il/la figlio/a minore _____

nato/a a _____ (____) il _____

C.F. _____ Tessera Sanitaria n. _____

già assistito dal/dalla dott./dott.ssa _____ ;

☐ per il/la figlio/a minore _____

nato/a a _____ (____) il _____

C.F. _____ Tessera Sanitaria n. _____

già assistito dal/dalla dott./dott.ssa _____

Luogo, data _____

Firma _____



L'Azienda ULSS n 2 Marca trevigiana, in qualità di titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati per le finalità correlate al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali (art. 13 del Reg. UE 2016/679). Per ulteriori informazioni si rinvia espressamente alla "Informativa agli utenti" pubblicata nel sito aziendale www.aulss2.veneto.it in quanto applicabile.

La domanda deve essere accompagnata dall'accettazione del Medico scelto, acquisita anche via email, che riporti il seguente testo:

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ ,
operante nel Distretto _____, non essendo massimalista, dichiara di accettare quale
nuovo assistito il/la sig./sig.ra _____, consapevole degli
eventuali maggiori oneri derivanti da tale scelta.

Timbro e firma
