

**PRIMA ISCRIZIONE MEDICO O PEDIATRA DI FAMIGLIA**  
per **RESIDENTI** nei comuni di **Bresso, Cinisello Balsamo, Cusano Milanino, Cologno Monzese, Cormano, Sesto San Giovanni**

**(trasmissione via mail)**

Inviare a con gli allegati richiesti.

[sceltarevoca.sesto@asst-nordmilano.it](mailto:sceltarevoca.sesto@asst-nordmilano.it)  
[sceltarevoca.cinisello@asst-nordmilano.it](mailto:sceltarevoca.cinisello@asst-nordmilano.it)  
[sceltarevoca.bresso@asst-nordmilano.it](mailto:sceltarevoca.bresso@asst-nordmilano.it)  
[sceltarevoca.cusano@asst-nordmilano.it](mailto:sceltarevoca.cusano@asst-nordmilano.it)  
[sceltarevoca.cormano@asst-nordmilano.it](mailto:sceltarevoca.cormano@asst-nordmilano.it)  
[sceltarevoca.cologno@asst-nordmilano.it](mailto:sceltarevoca.cologno@asst-nordmilano.it)

Il/la sottoscritto/a.....  
nato/a..... il.....cittadinanza.....  
residente a.....Prov. .... cap .....  
in via.....  
telefono ..... e-mail .....  
C. F.....

**CHIEDE** per sé e/o ai propri familiari sotto indicati, anagraficamente facenti parte del medesimo nucleo familiare

Cognome e Nome	Data di nascita	Codice Fiscale

la scelta del medico/pediatra di famiglia secondo la preferenza di seguito elencata:

- 1) Dottor \_\_\_\_\_
- 2) Dottor \_\_\_\_\_
- 3) Dottor \_\_\_\_\_

Milano, li ..... firma\_\_\_\_\_

L'attribuzione del medico/pediatra di famiglia è subordinata alla disponibilità di posti liberi.

**Allegati OBBLIGATORI:** fotocopia di un documento d'identità, copia Carta Regionale dei Servizi (tessera sanitaria) e eventuale permesso di soggiorno di tutti i richiedenti.  
**In mancanza degli allegati non si procederà all'evasione della richiesta**

Informativa, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs n. 196/2003 e Regolamento U.E. n. 679/2016: i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Milano, li ..... firma\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Artt. 5 e 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**  
**RESA DAL GENITORE O DAL TUTORE**  
**MINORI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_ (nome)

nato/aa \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
(luogo) \_\_\_\_\_ (prov.)

residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) in via \_\_\_\_\_  
(luogo) \_\_\_\_\_ (prov. e cap) \_\_\_\_\_ (indirizzo)

in qualità di:

**genitore** munito della potestà (barrare una delle caselle sotto elencate):

- o congiunta con il coniuge/altro genitore che è a conoscenza dell'attuale istanza, con attestazione della insussistenza di impedimenti al rilascio della presente autocertificazione;
- o in via esclusiva;

**tutore** (indicare gli estremi del provvedimento di nomina alla tutela \_\_\_\_\_ )

di (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

di (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000

**D I C H I A R A**

di voler effettuare:

SCELTA DEL MEDICO DI BASE/PEDIATRA DI FAMIGLIA

**a favore del/i minore/i sopraindicato/i.**

Informativa, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs n. 196/2003 e Regolamento U.E. n. 679/2016: i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo e data) \_\_\_\_\_ IL DICHIARANTE \_\_\_\_\_