

AUTORIZZAZIONE DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DOTT./DOTT.SSA

COGNOME _____	NOME _____
NATO A _____	DATA NASCITA _____
TELEFONO _____	E-MAIL _____

DICHIARA

Di accettare e di dare la propria disponibilità per la scelta in deroga alla residenza dell'assistito/a

COGNOME _____	NOME _____
NATO A _____	DATA NASCITA _____
COD. FISCALE _____	RESIDENTE A _____
INDIRIZZO _____	N. CIVICO _____ CAP _____ PROV. _____

DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY

I dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento (UE) 2016/679 General Data Protection Regulation - GDPR secondo l'informativa conservata presso sede dell'Azienda ULSS n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: [Regolamento Europeo 2016/679](#). Saranno trasmessi ai competenti Uffici pubblici, a loro volta vincolati dall'obbligo del segreto d'ufficio, per gli adempimenti di competenza previsti dalla Legge.

☐ LETTO E ACCETTATO

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO