

DISTRETTO SANITARIO DI:

Richiesta scelta/cambio MEDICO

(da inviare all'indirizzo mail dell'ufficio anagrafe assistiti del Distretto Sanitario territorialmente competente per residenza o per domicilio (in caso di richiesta di assegnazione provvisoria), del richiedente. (vedi allegato 1)

Il/La sottoscritto/a:

NOME: _____ COGNOME: _____

Doc.: _____ Nr.Doc.: _____

Nato a: _____ il: _____

Residente a: _____ via/viale/Piazza: _____

Tel.: _____ e-mail: _____

**CHIEDE L'ASSEGNAZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA,
DOTT.: MARCO DI MAURO**

PER SE STESSO: cod.fiscale _____

PER I PROPRI FAMILIARI:

(nome) _____	cod.fisc.: _____

INFORMATIVA BREVE AI SENTI DEGLI ARTT. 13 e 14 DEL REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI UE 2016/679

Il titolare del trattamento, Azienda Sanitaria Provinciale di Catania, (P.I. e C.F. 04721260877), con sede in via Santa Maria La Grande, 5 – 95124 Catania – U.R.P. numero verde: 800 279 761, email: urp@aspct.it – pec: protocollo@pec.aspct.it, tratta i Vostri dati in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso la sede dell'ASP di Catania, e consultabile anche sul sito internet istituzionale <https://www.aspct.it>.

Il Responsabile della protezione dei dati (DPO) è contattabile all'indirizzo di posta elettronica: dpo@aspct.it

CATANIA, ___/___/_____

FIRMA

ALLEGA IN FOTOCOPIA EVENTUALE PERMESSO DI SOGGIORNO