

**AGLI SPORTELLI AMMINISTRATIVI  
DEL DISTRETTO 2  
UOC DIREZ.AMMINISTRATIVA TERRITORIALE  
AZIENDA ULSS7 PEDEMONTANA**

**DOMANDA DI CAMBIO MEDICO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il |\_\_\_\_| |\_\_\_\_| |\_\_\_\_| |\_\_\_\_| a \_\_\_\_\_

Prov- |\_\_\_\_| e residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. |\_\_\_\_| |\_\_\_\_| |\_\_\_\_|

**RECAPITO TELEFONICO (OBBLIGATORIO)** |\_\_\_\_| |\_\_\_\_| |\_\_\_\_| |\_\_\_\_| |\_\_\_\_|

e-mail \_\_\_\_\_ Tel/Cell. |\_\_\_\_| |\_\_\_\_| |\_\_\_\_| |\_\_\_\_| |\_\_\_\_|

**CODICE FISCALE (OBBLIGATORIO)** |\_\_\_\_| |\_\_\_\_| |\_\_\_\_| |\_\_\_\_| |\_\_\_\_| |\_\_\_\_|

**SCEGLIE IL SEGUENTE MEDICO**

1: \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_ o, in alternativa,

2: \_\_\_\_\_

3: \_\_\_\_\_

per sé       per i componenti del suo nucleo familiare:

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE (campo obbligatorio)

**CONSENSO AL TRASFERIMENTO DEI DATI SANITARI AL NUOVO MEDICO CURANTE**

Il/la sottoscritto/a - noi sottoscritti

Informato/a/i dell'importanza per il proprio medico di poter disporre dei propri dati sanitari al fine di poter garantire la migliore assistenza possibile

ESPRIME/ESPRIMIAMO IL PROPRIO CONSENSO

NON ESPRIME/ESPRIMIAMO IL PROPRIO CONSENSO

al trasferimento dei dati sanitari presenti negli archivi informatici del medico in carico al nuovo medico prescelto

Data |\_\_\_\_| |\_\_\_\_| |\_\_\_\_|

Firma

**ALLEGATI: COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL RICHIEDENTE**

La richiesta va inviata tramite posta elettronica, unitamene alla copia o foto di un suo documento di identità (art. 38 DPR 445/2000), al seguente indirizzo: cambio.medico@aulss7.veneto.it, (art. 38 DPR 445/2000), oppure può essere consegnata alla sede distrettuale di competenza