



DISTRETTO SANITARIO DI

RICHIESTA SCELTA/CAMBIO MEDICO

(da inviare all'indirizzo email: sceltaerevoca.@aspct.it)

IL SOTTOSCRITTO _____ (estremi

documento: _____), NATO

A _____, IL _____, RESIDENTE A _____,

VIA _____, CHIEDE L'ASSEGNAZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA,

DOTT. _____

PER SÉ STESSO: cod. fiscale _____

PER I PROPRI FAMILIARI:

(nome) _____ cod. fisc. _____

(nome) _____ cod. fisc. _____

(nome) _____ cod. fisc. _____

(nome) _____ cod. fisc. _____

PER ALTRI (DELEGA):

(nome) _____ cod. fisc. _____

(nome) _____ cod. fisc. _____

INFORMATIVA BREVE AI SENSI 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 istituzionale <https://www.aspct.it>. Il Responsabile della protezione dei dati (DPO) è contattabile all'indirizzo di posta elettronica dpo@aspct.it

Catania,

FIRMA

n. di telefono _____

email _____

ALLEGA IN FOTOCOPIA EVENTUALE PERMESSO DI SOGGIORNO