



**Area Distrettuale di Varese**  
**varese.monterosa@asst-settelaghi.it**  
**FAX 0332-235459**

Oggetto: Scelta del Pediatra

I sottoscritti \_\_\_\_\_

residenti a \_\_\_\_\_ In Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ In qualità di Genitori del/dei minore/i sotto  
riportato/i

Cognome e Nome	Data di nascita	Codice fiscale

Chiediamo

Di avvalerci dell'opera professionale del Dr./Dr.ssa

1 scelta \_\_\_\_\_

In alternativa (qualora il Pediatra individuato nella 1° scelta raggiunga il  
massimale e di conseguenza non ha posti disponibili)

2° scelta \_\_\_\_\_

Ai sensi del regolamento UE 679/2016 autorizziamo l'ASST SETTE LAGHI al  
trattamento dei dati personali

Data, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**ALLEGARE UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DI ENTRAMBI I GENITORI**