



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE PER REVOCA E SCELTA MEDICO

resa ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
Il _____ residente a _____
via _____ n. _____ cap _____
Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria _____
Tel. _____ E-mail _____

DICHIARA e CHIEDE

di **REVOCARE** come medico di fiducia il Dr. _____ e di **SCEGLIERE** il Dr.
_____ oppure, nel caso in cui il medico scelto sia un massimalista, di
SCEGLIERE come seconda opzione il Dr. _____ per:

- Se stesso;
- Se stesso ed i familiari di seguito elencati:

Cognome/Nome	Data di nascita	Residenza	Grado di parentela

- I familiari di seguito elencati:

Cognome/Nome	Data di nascita	Residenza	Grado di parentela

Allegati:

1. fotocopia Documento di Riconoscimento del firmatario;
2. fotocopia Tessera Sanitaria.

Dichiara inoltre, sotto la propria responsabilità, di essere consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale in caso di dichiarazioni mendaci o contenenti dati non rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445) e di autorizzare Codesta Azienda al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Decreto Legislativo n° 196/2003.

Luogo e Data

Firma del dichiarante