

RICHIESTA SCELTA/REVOCA MEDICO DI BASE E PEDIATRA - ASSISTITI RESIDENTI

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____ C.F. _____

Tel. _____ Mail _____

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall' art. 76 D.P.R. n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all' art 75 D.P.R. n. 445/2000; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. n. 445/2000.

DICHIARA

Di essere residente a _____ Via _____ n. _____

Di revocare il Dr/Dr.ssa _____

Di scegliere il Dr./Dr.ssa _____

C.F. Familiare se la scelta avviene per ricongiungimento _____

Di revocare /scegliere il medico o pediatra per il minore:

Cognome e Nome _____ Nato/a _____ il _____

C.F. _____

Rapporto di parentela: _____

- che nessuno dei nominativi di cui alla presente richiesta è iscritto presso altra ASL o Servizio Sanitario Estero;
- di segnalare tempestivamente qualunque variazione dovesse intervenire nella situazione sopra riportata;
- di essere consapevole che i dati personali forniti saranno utilizzati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene resa la presente dichiarazione D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- Copia documento di identità
- Per nuovo nato: copia del Codice Fiscale Provvisorio
- Copia Tessera Sanitaria

Data _____

Firma _____