



SCelta MEDICO DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/DI ATTO DI NOTORIETA'
Rese ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

Residente in _____, via _____ n. _____ cap _____

Codice Fiscale _____ n. tel. _____ email _____

consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Che il proprio nucleo familiare risulta così composto:

cognome e nome	Luogo di nascita	Data nascita	Relazione di parentela

Residente/i in _____ via _____ n. _____ cap _____

di **SCEGLIERE** come prima opzione il Medico Dott. _____ MMG PLS

PER SE **PER IL FAMILIARE** oppure, nel caso in cui il Medico scelto sia un massimalista, il Dott. _____

di **REVOcare** il Medico Dott. _____ MMG PLS **PER SE** **PER IL FAMILIARE**

Data _____ firma _____

N.B.: Se la scelta del medico avviene per figli minori è necessaria la firma di entrambi i genitori.

Se il medico è in associazione presentare il consenso scritto da parte del medico scelto.

____ L____ SOTTOSCRITT _____

Identificato con il DOCUMENTO : _____ NUMERO _____

DELEGA

AD EFFETTUARE PER ME ED I MIEI FAMILIARI LA SCELTA / REVOCA DEL MEDICO

____ L____ SIG. _____ NAT _ A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ N. _____

_____ firma _____

Si allega documento di riconoscimento del delegato e del delegante