



**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 / REVOC A DEL MEDICO**

\_\_\_\_ L \_\_\_\_ SIG. \_\_\_\_\_ NAT \_ A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

**Si allega documento di riconoscimento del delegato e del delegante**