

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E REVOCA/SCELTA MEDICO

Dichiarazioni 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 a _____
via _____ n. _____ cap _____
Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria n. _____
Tel. _____ E-mail _____

DICHIARA

di REVOCARE il medico Dott. _____ e contestualmente
di SCEGLIERE il Dott. _____
oppure, nel caso in cui il medico scelto sia un massimalista, di SCEGLIERE come seconda
opzione il Dott. _____

DELEGA

Il/la Sig./ra
_____ nato/a _____
il _____ residente a _____
riconoscibile per mezzo di documento _____
numero _____

A consegnare tale modulistica presso la mia ASL di appartenenza al fine di ottenere il
cambio del medico curante in quanto impossibilitato a recarmi presso gli sportelli della
stessa.

Dichiara inoltre, sotto la propria responsabilità, di essere consapevole delle sanzioni
previste dal Codice Penale in caso di mendaci dichiarazioni o contenenti dati non più
rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445).

Luogo e Data

Firma del dichiarante

Allegati:

- copia tessera sanitaria delegante
- copia documento di riconoscimento in corso di validità delegante
- copia documento di riconoscimento in corso di validità del delegato