

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E REVOCA/SCELTA MEDICO

Artt. 46 e 47 – lettera b) del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a

il _____ residente a

_____ (prov _____) via/piazza

_____ n. _____

codice fiscale _____, tessera

sanitaria _____, n. tel. _____

DICHIARA

di CAMBIARE il medico Dott _____ e
contestualmente

di SCEGLIERE il Dott. _____

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).

Allega:

- fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;

Luogo e Data

Firma del dichiarante

Ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003 autorizza la raccolta dei presenti dati per il procedimento nel corso del quale la presente dichiarazione viene resa.

La mancata accettazione della presente dichiarazione sostitutiva costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art.74 D.P.R. n. 445/2000).

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.