



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE SCELTA E REVOCA MEDICO
ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 N.445

UFFICIO DI SCELTA E REVOCA -MMG /PLS -

IL /La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____ Prov. _____

Via _____ Complesso _____ N. _____

Domiciliato a _____ Prov. _____

Via _____ Complesso _____ N. _____

Tel. _____ e-mail- _____ C.F.- _____

MEDICO SCELTO : Dr. _____

Allegare copia del documento di identità e della tessera sanitaria

MEDICO REVOCATO :Dr. _____ / MEDICO SCELTO:Dr _____

ASSISTENZA CON SCADENZA AL ____/____/____ PER MOTIVI DI :

LAVORO / STUDIO / MALATTIA / (contrassegnare con x -allegare documentazione)

COMUNITARIO CON CONTRATTO DI LAVORO si / del ____/____/____/

EXTRACOMUNITARIO CON PERMESSO DI SOGGIORNO si / rilasciato il ____/____/____

Trattasi di ricongiungimento familiare con il /la _____

Sig./ra _____ nato/a a _____ il ____/____/____

Documento : _____ n. _____ scad . ____/____/____

Rilasciato da : _____ il ____/____/____

Il titolare presta il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi dell'art.13 D.L.G.S. 196/2003 ;DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PREVISTE DAL CODICE PENALE IN CASO DI MENDACI DICHIARAZIONI O CONTENENTI DATI NON RISPONDENTI A VERITA'(ART.76 DEL D.P.R.28/12/2020 N.445)

DATA ____/____/____

Firma leggibile per esteso