



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
SCELTA E REVOCA MEDICO DI MEDICINA GENERALE O PEDIATRA DI LIBERA SCELTA
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 _____

numero telefono _____

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).

DICHIARA

di SCEGLIERE di REVOCARE il Dott. _____

per il proprio figlio minore _____

nato/a _____ il _____

Residente a _____

via _____ n. _____ cap _____

Codice Fiscale _____

di SCEGLIERE di REVOCARE il Dott. _____

Luogo Data e Firma _____

Allega

- 1) **Copia di un documento di identità in corso di validità;**
- 2) **Copia della Tessera Sanitaria o in caso di nuovi nati copia del certificato di attribuzione del codice fiscale.**