

SCELTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG)

(Dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
in possesso della cittadinanza _____
residente a _____ in via _____
recapito telefonico _____ mail _____

DICHIARA

di REVOCARE il Dott./ssa _____ e contestualmente

di SCEGLIERE il Dott./ssa _____

oppure, nel caso in cui il medico scelto sia massimalista

di SCEGLIERE come seconda opzione il Dott./ssa _____

_____, lì _____

IL DICHIARANTE

Si invia il presente modulo alla mail anagrafe.triggiano@asl.bari.it allegando:

- copia fotostatica di un documento di identità e della tessera sanitaria in corso di validità