

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. \_\_\_\_\_

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.

\_\_\_\_\_

Luogo e Data

Firma

Si allega alla presente copia del documento di identità e tessera sanitaria

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).