

Al Distretto Socio Sanitario n. _____

E-mail _____

SCelta/REVOCA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG) / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (PLS)

(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 _____

Consapevole, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, sotto la propria responsabilità

CHIEDE L'ISCRIZIONE

per sé

per i seguenti familiari

| Cognome | Nome | Luogo e data di nascita | Grado di parentela |
|---------|------|-------------------------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

a favore del medico di Medicina Generale Dr./Dr.ssa _____
 a favore del pediatra Dr./Dr.ssa _____

CHIEDE LA REVOCA

per sé

per i seguenti familiari

| Cognome | Nome | Luogo e data di nascita | Grado di parentela |
|---------|------|-------------------------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

del medico di Medicina Generale Dr./Dr.ssa _____
 del Pediatra Dr./Dr.ssa _____
 per il seguente motivo _____

A tal fine

DELEGA

il/la Sig./ra _____ nato/a a _____ a
 provvedere ai conseguenti adempimenti amministrativi conformi alla suddetta richiesta.

Dichiara, altresì, di essere informato/a, secondo quanto previsto dal GDPR 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il sottoscritto/a dichiara inoltre di non trovarsi in stato di separazione con il proprio coniuge e che, in caso contrario, è stato/a autorizzato/a ad effettuare la scelta del medico e/o del pediatra avendone il consenso dell'altro genitore ed assumendosene tutte le responsabilità del caso.

_____, li _____

Il/La dichiarante

Si allega: copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante; copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del delegato; copia tessera sanitaria del dichiarante e del beneficiario.