



DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI CASARANO
 via Spagna 51 bis 73042 Casarano (Le)
 tel. 0833.5081 - Fax 0833.512908
 e-mail: assistibili.dis9casarano@asl.lecce.it

Da trasmettere alla seguente mail
assistibili.dis9casarano@asl.lecce.it

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

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 PER SE IL DOTT. DI REVOCARE PER SE IL Dott.

PER MEDICO MASSIMALISTA IL C. F. DEL FAMILIARE A CARICO E'

PER IL PROPRIO FIGLIO MINORE

nato/a il

residente a

via n. cap

codice fiscale

di SCEGLIERE di REVOCARE il Dott.

DI AUTORIZZARE L'IMPLEMENTAZIONE DEL PROPRIO FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO.

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.

