

UFFICIO SCELTE E REVOCHE MEDICO/PEDIATRA

# 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

in qualità di

del sig. nato a il e residente a via

Codice Fiscale n. tel.

# DICHIARA

1. di AVER REVOCATO il Dott e contestualmente di SCEGLIERE il Dott. oppure, nel caso in cui il medico/pediatra scelto sia un massimalista, di SCEGLIERE come seconda opzione il Dott.
2. Di **non** avere in SCELTA altro medico sul territorio NAZIONALE
3. **DI NON ESSERE ISCRITTO/A ALL’AIRE**

**SI ALLEGA OBBLIGATORIAMENTE:**

* **IL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEI SOGGETTI INTERESSATI**
* **PER CHI HA AVUTO IL MEDICO IN ALTRA REGIONE ALLEGARE COPIA DELLA REVOCA DEL MEDICO.**

Luogo e data,

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SI RACCOMANDA DI INSERIRE NELL’OGGETTO DELLA MAIL IL CODICE FISCALE DELL’INTERESSATO E DI ALLEGARE ESCLUSIVAMENTE I FILE IN PDF.**