

**UFFICIO SCELTE E REVOCHE
MEDICO/PEDIATRA**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE SCELTA MEDICO IN DEROGA

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

domiciliato a : _____ via _____
Codice Fiscale _____ n. tel. _____

DICHIARA

Di voler scegliere il dott _____ come medico in Deroga (Medico Provvisorio)

SI ALLEGA OBBLIGATORIAMENTE:

- ☐ **IL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEI SOGGETTI INTERESSATI**
☐ **DICHIARAZIONE DA PARTE DEL MEDICO SCELTO**

Luogo e data, _____

Firma _____

ISTRUZIONI PER L'INVIO DELLA RICHIESTA

La presente domanda con il 1) **il documento di riconoscimento dei soggetti interessati** e 2) **la dichiarazione da parte del medico scelto** dovrà essere inviata **esclusivamente in formato PDF** alla mail: sceltamed@aslmediocampidano.it.
Nell'oggetto della mail deve essere riportato obbligatoriamente **IL NOMINATIVO DEL RICHIEDENTE E IL CODICE FISCALE (LE MAIL NON INDICANTI NELL'OGGETTO IL NOMINATIVO E IL CODICE FISCALE DEL PAZIENTE, NON VERRANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE).**