



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE PER REVOCA E SCELTA MEDICO**

resa 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 \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

2

**DICHIARA e CHIEDE**

di **REVOCARE** come medico di fiducia il Dr. \_\_\_\_\_ e di **SCEGLIERE** il Dr. \_\_\_\_\_ oppure, nel caso in cui il medico scelto sia un massimalista, di **SCEGLIERE** come seconda opzione il Dr. \_\_\_\_\_ per:

- Se stesso;
- Se stesso ed i familiari di seguito elencati:

Cognome/Nome	Data di nascita	Residenza	Grado di parentela

- I familiari di seguito elencati:

Cognome/Nome	Data di nascita	Residenza	Grado di parentela

**Allegati:**

1. fotocopia documento di riconoscimento del firmatario;
2. fotocopie tessere sanitarie.

Dichiara inoltre, sotto la propria responsabilità, di essere consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale in caso di dichiarazioni mendaci o contenenti dati non rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445) e di autorizzare Codesta Azienda al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Decreto Legislativo n° 196/2003.

Grumento Nova, \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DICHIARANTE

# MODELLO DI DELEGA

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

## DELEGO

il/la Sig. ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ a:

D scegliere per me quale medico di fiducia il Dott. \_\_\_\_\_

D revocare per me il Dott. \_\_\_\_\_

D al rinnovo/rilascio dell'attestato di esenzione ticket.

D duplicato della tessera sanitaria e/o tessera sanitaria europea (TEAM)

D duplicato esenzione ticket

D (altro) \_\_\_\_\_

A tal fine allego copia del mio documento di riconoscimento, in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_

Il delegante  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_