



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 _____
Codice Fiscale _____
n. tel. _____

Indirizzo mail: _____

RICHIESTE LA SCelta DEL MEDICO

- Per se medesimo
- per il sig/ra _____ nato a _____ il _____ e
residente a _____ in VIA _____
C. FISCALE: _____ (grado di parentela: _____)

DICHIARA

1. SCEGLIERE il Dott. _____
2. Di **non** avere in SCelta altro medico sul territorio NAZIONALE

SI ALLEGA OBBLIGATORIAMENTE:

- **DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL RICHIEDENTE**

Luogo e data, SEGARIU - 2 DIC. 2019

Firma _____