

RICHIESTA DI REVOCA DEL MEDICO DI FAMIGLIA
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETÀ
(Artt. 46 e 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Io sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a il ____/____/____ a _____ (____)

residente nel comune di _____ Prov _____

via/piazza _____ n. _____

codice fiscale _____ tel./cell. _____
(obbligatorio)

indirizzo e.mail _____

domiciliato presso il comune di _____ Prov _____

via/piazza _____ n. _____

per domiciliazione sanitaria ASL _____

per altro motivo: _____

consapevole delle sanzioni derivanti da dichiarazioni non veritiere, ai sensi del D.P.R. 445/2000, sotto la sua personale responsabilità

CHIEDE

LA REVOCA DEL MEDICO DI MMG/PLS Dr. _____ dal ____/____/____

per se stesso per i familiari, di seguito indicati (se appartenenti allo stesso nucleo)

cognome e nome	relazione parentela	data e luogo di nascita	Codice Fiscale	cittadinanza

Data ____/____/____

Firma del richiedente _____

(In caso di figlio minore, il genitore richiedente dichiara che l'altro genitore condivide la presente richiesta)

Si informa: che i dati sono trattati nel rispetto del Codice della privacy e s.m.i. e del R.EU. 679/2016 e D.L.vo 10172018, come meglio specificato nella informativa visionabile al sito della Azienda Usl Umbria 1 <http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/privacy> - che l'Azienda Usl procede ai controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge - che il documento attestante la revoca del medico assegnato sarà inoltrato per posta all'indirizzo mail suindicato.

RISERVATO ALL'AZIENDA USL UMBRIA1

Si conferma che per gli assistiti sopra elencati si è provveduto alla revoca del medico a decorrere dal ____/____/____

Data _____ Firma e timbro AUSL _____