Modulo per la scelta e la revoca del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta

Il /La sottoscritto/a _____ nato/a a _____il _____

residente a _____ in via_____ _____n ____

tel _____

Consapevole delle responsabilità penali cui incorre nel caso di dichiarazioni mendaci o contenenti dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00

Chiede di poter scegliere per se il Dr._____

E di revocare contestualmente il Dr_____

Chiede inoltre di poter scegliere per i sottoelencati familiari o conviventi, purchè anagraficamente facenti parte del medesimo nucleo familiare, il Medico di seguito indicato :

Elenco dei familiari per i quali si vuole effettuare la scelta :

Cognome e nome _____nato/a _____il _____

Medico scelto _____Medico Revocato _____

Cognome e nome _____nato/a _____il _____

Medico scelto _____ Medico Revocato _____

Cognome e nome _____nato/a _____il _____

Medico scelto _____ Medico Revocato _____

Cognome e nome _____nato/a _____il _____

Medico scelto _____ Medico Revocato _____

Cognome e nome _____nato/a _____il _____

Medico scelto _____ Medico Revocato _____

N.B. Esibire le tessere sanitarie di tutti coloro che effettuano la scelta.
Il sottoscritto dichiara inoltre di accordare il consenso ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, affinché i propri dati possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere all'adempimento di obblighi di legge.

Data _____ Firma dell'assistito_____