

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA “ AUTOCERTIFICAZIONE ”
(Art. 2 Legge 04/01/1988, N°15 – D.P.R- 20/10/1998, N°403)

Il sottoscritt _____ con cittadinanza _____

nat. a _____ il _____ cod. fiscale _____

residente nel Comune di _____ indirizzo _____

domiciliato nel Comune di _____ indirizzo _____

documento di riconoscimento del dichiarante Patente Carta di Identità Passaporto

Rilasciato da _____ N° _____ del _____

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o comunque non rispondente al vero come previsto dall'art. 26 della L. 15/68

Dichiara per se stesso per i familiari di voler effettuare :

Cambio Medico Scelta Medico Revoca Medico

• Richiesta/Rinnovo Domicilio Sanitario Dal _____ Al _____

Cognome e Nome	Luogo e Data di Nascita

Medico Scelto Dott. _____

Medico Revocato dal Dott. _____

il Sottoscritto autorizza, anche a nome e per conto dei familiari, il trattamento dei dati personali limitamente a quanto previsto dalla legge 675/1996.

IL DICHIARANTE

Cava dei Tirreni li _____
