



Il/la sottoscritto/a _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

telefono _____

ai sensi del D.lgs. 196/2003 – Codice sulla Privacy,

**CHIEDE LA REVOCA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE/PEDIATRA DI
LIBERA SCELTA PER SÉ E/O PER I COMPONENTI DEL SUO NUCLEO FAMILIARE:**

NOME E COGNOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE

per il seguente motivo:

- ❖ domiciliazione sanitaria presso altra ASL (indirizzo di domicilio _____)
- ❖ trasferimento di residenza presso altra ASL (indirizzo _____)
- ❖ altro (specificare _____)

il sottoscritto richiedente, consapevole dell'obbligo, nel caso di dichiarazione mendace di restituire all'ULSS4 la documentazione ricevuta e di risarcire l'eventuale danno, consapevole altresì delle sanzioni previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimenti adottati sulla base di dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità, DICHIARATA CHE QUANTO ESPOSTO NEL PRESENTE MODULO CORRISPONDE A VERITÀ

DATA _____

FIRMA _____

ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, se la dichiarazione non è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, deve essere allegata la copia, non autenticata, del documento di identità del dichiarante.