

**MODULO PER LA REVOCA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE E DEL PEDIATRA
DI LIBERA SCELTA**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

Residente a _____ in via/P.zza _____ n° _____

C.F. _____

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 revocare per sé il Dr. _____

Chiede di poter revocare per i sottoelencati familiari o conviventi facenti parte del medesimo nucleo familiare (solo se minorenni), il Medico di seguito indicato:

Indicare: Cognome e Nome _____ Luogo e Data di nascita _____ Medico _____

Indicare: Cognome e Nome _____ Luogo e Data di nascita _____ Medico _____

Indicare: Cognome e Nome _____ Luogo e Data di nascita _____ Medico _____

Indicare: Cognome e Nome _____ Luogo e Data di nascita _____ Medico _____

Indicare: Cognome e Nome _____ Luogo e Data di nascita _____ Medico _____

Il sottoscritto dichiara di aver letto e compreso il testo delle informazioni ex artt. 13 e 14 Regolamento 2016/679/UE

Data _____

Firma dell'assistito _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA PRESENTE:

- DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA'
- TESSERA SANITARIA
- ATTESTATO DI DOMICILIO

Data revoca _____

Timbro e firma dell'impiegato addetto

Spazio riservato all'ufficio