



Azienda Sanitaria Locale n. 2 Lanciano - Vasto - Chieti
U.O.C. Area Distrettuale 1
Distretto Sanitario di Ortona
Ufficio Scelta e Revoca del Medico
Piazza San Francesco n. 4 – Ortona (CH)
Telefono 085.9173238
e-mail: assistenzaprimaria.ortona@asl2abruzzo.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO NOTORIO

(Art. 46 e 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Il/la sottoscritto/a nato/a a

ilresidente in Vian.....

CHIEDE di poter effettuare la scelta in deroga del medico/pediatra di famiglia operante nel Comune diDott.

Per se stesso i seguenti familiari:

	nome e cognome	data di nascita	residenza	rapporto di parentela
1)
2)
3)
4)

Per motivi di : lavoro studio salute

vicinanza

viabilità : distanza tra la propria residenza e l'ambulatorio del medico/pediatra da revocare Km
distanza tra la propria residenza e l'ambulatorio del medico/pediatra da scegliere Km

consapevole che in caso di dichiarazione mendace, falsità in atti e uso di atti falsi nei casi previsti dal D.P.R. 445/2000 sarà punito ai sensi del C.P. secondo quanto prescritto dall'art.76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000),

DICHIARA IL SEGUENTE DOMICILIO

Proprio :

Familiare/i indicato al punto):

Allega la seguente documentazione:

.....

.....

Ortona, _____

IL DICHIARANTE

Il sottoscritto preso atto dell'informativa di cui all'art.13 del D.L. n. 196/2003, acconsente ai sensi dell'art. 23 del suddetto D.L. al trattamento dei propri dati personali nei termini indicati nella predetta informativa.

Ortona, _____

FIRMA _____

Si attesta che il dichiarante identificato per mezzo del documento

n., ha reso in mia presenza la su estesa dichiarazione.

Ortona, _____

IL FUNZIONARIO AMM.VO