

ASL 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI AREA DISTRETTUALE 1 U.O.C. DISTRETTO SANITARIO DI FRANCAVILLA AL MARE

Ufficio Scelta e Revoca C.da Alento sn – FRANCAVILLA AL MARE 66023



e-mail: assistenzaprimaria.francavilla@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	Viann.
recapito telefonico	
CHI	EDE
di poter effettuare la scelta in deroga (altra ASL - altra Regi	one) del medico/pediatra di famiglia operante nel Comune di
- Dott.	
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	
consapevole che in caso di dichiarazione mendace, falsità in at punito ai sensi del C.P. secondo quanto prescritto dall'art.76 de effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiara	succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al
DICHIARA IL SEGU	ENTE DOMICILIO
Proprio:	
Familiare/i indicato al punto):	
Allega la seguente documentazione:	
	9
,	IL DICHIARANTE
	*
Il sottoscritto preso atto dell'informativa di cui all'art.13 del I D.L. al trattamento dei propri dati personali nei termini indicati :	D.L. n. 196/2003, acconsente ai sensi dell'art. 23 del suddetto nalla predetta informativa.
	PIDLA
	FIRMA