

**Modulo per la scelta e la revoca del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta**

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_

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 scegliere per se il Dr. \_\_\_\_\_

E di revocare contestualmente il Dr \_\_\_\_\_

Chiede inoltre di poter scegliere per i sottoelencati familiari o conviventi, purchè anagraficamente facenti parte del medesimo nucleo familiare, il Medico di seguito indicato :

**Elenco dei familiari per i quali si vuole effettuare la scelta :**

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Medico scelto \_\_\_\_\_ Medico Revocato \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Medico scelto \_\_\_\_\_ Medico Revocato \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Medico scelto \_\_\_\_\_ Medico Revocato \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Medico scelto \_\_\_\_\_ Medico Revocato \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Medico scelto \_\_\_\_\_ Medico Revocato \_\_\_\_\_

N.B. Esibire le tessere sanitarie di tutti coloro che effettuano la scelta.

Il sottoscritto dichiara inoltre di accordare il consenso ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, affinché i propri dati possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere all'adempimento di obblighi di legge.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'assistito \_\_\_\_\_