

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E REVOCA/SCELTA MEDICO**  
**ARTT. 46 E 47 – LETTERA B) DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
Il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di scegliere/ revocare per l'assistenza sanitaria primaria, il dott .....  
.....; il/la sottoscritto/a fa altresì presente che tale richiesta nasce dalle seguenti motivazioni  
(barrare una delle seguenti voci):

- prosecuzione del rapporto fiduciario,  
 vicinanza o migliore viabilità per raggiungere il medico scelto,  
 cessato rapporto di fiducia;  
 altro

nel caso in cui il medico scelto sia un massimalista, di SCEGLIERE come seconda opzione il Dott.

Dichiara inoltre, sotto la propria responsabilità, di essere consapevole delle sanzioni previste dal codice penale in caso di mendaci dichiarazioni o contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445).

data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

FIRMA DEL DICHIARANTE

Si allega alla presente:

1. COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA'.

Ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003 autorizza la raccolta dei presenti dati per il procedimento nel corso del quale la presente dichiarazione viene resa.

La mancata accettazione della presente dichiarazione sostitutiva costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art.74 D.P.R. n. 445/2000).

**INVIARE IL PRESENTE MODULO ALL'INDIRIZZO [DS59.CUP@ASLNAPOLI3SUD.IT](mailto:DS59.CUP@ASLNAPOLI3SUD.IT) (NO PEC)**