☐ **1^ iscrizione**

☐ **revoca e nuova scelta**

Modulo A

SCELTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG)

S.C. Distretto Acqui - Ovada

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE / ATTO DI NOTORIETA'
RESA AI SENSI DEGLI ART. 46 E 47 DEL D.P.R. 28/12/2000 N. 445

__ l __ sottoscritt_ _____

CODICE FISCALE !__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__! - N°. TEL. _____

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 T.U. - DPR 28.12.2000 n. 445), sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

☐ di essere nato/a a _____ il ___ / ___ / _____

☐ di essere residente in _____ dal ___ / ___ / _____
via/piazza _____ n. _____ cap _____

☐ di SCEGLIERE, come prima opzione, il Medico MG Dott. _____

IN CASO DI MEDICO MASSIMALISTA SENZA POSTI LIBERI:

- per ricongiungimento al familiare _____ _____
cognome nome assistito relazione di parentela

- di SCEGLIERE, come seconda opzione, il Medico MG Dott. _____

☐ di REVOCARE il Medico MG Dott. _____

☐ di effettuare la stessa scelta per il/i seguente/i familiare/i, anche minore/i (maggiore di sei anni, per cui è prevista la scelta del Medico di MG) appartenente/i al proprio nucleo familiare:

cognome e nome	*luogo di nascita*	*data di nascita*	*relazione di parentela*

_____ , ___ / ___ / _____ _____
Firma

Allega in copia:

☐ documento d'identità: ☐ carta d'identità ☐ patente ☐ passaporto ☐ altro _____ ;
☐ delega del diretto interessato con fotocopia del documento d'identità del delegante;
☐ tessera sanitaria (blu) TEAM / Codice Fiscale;
☐ consenso scritto da parte del medico scelto (*allegare solo in caso di Medico MG associato*).