**ATS SARDEGNA AZIENDA TUTELA DELLA SALUTE ASSL DI NUORO Direzione Area Socio Sanitaria Distretto di MACOMER Ufficio Scelta e Revoca del Medico**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE PER LA SCELTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

**Artt. 46 e 47 – lettera b) del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA:**

* DI SCEGLIERE il/la Dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OPPURE:**

* DI CAMBIARE il/la Dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e contestualmente SCEGLIERE il/la 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).

**Allega:**

* **Fotocopia della tessera sanitaria**
* **Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità**

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.

Luogo e Data Firma del dichiarante

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**La presente dichiarazione, completa degli allegati, può essere inviata via mail ad uno dei seguenti indirizzi:**

[paola.salis@atssardegna.it](mailto:paola.salis@atssardegna.it) [giuseppeluigi.masala@atssardegna.it](mailto:giuseppeluigi.masala@atssardegna.it)

**OVVERO può essere depositata a mano presso il Comune di Bolotana, in Piazza del Popolo 2.**