

MODULO SCELTA MEDICO MEDICINA GENERALE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIE

(Artt. 46 e 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/La sottoscritto/a

(COGNOME) (NOME)

nato/a a provincia il

residente anagraficamente nel comune di provincia in via

..... n. cittadinanza

codice fiscale..... telefono (fisso / cellulare)..... e-mail

consapevole delle sanzioni derivanti da dichiarazioni non veritiere, ai sensi del D.P.R. 445/2000, sotto la sua personale responsabilità,

CHIEDE

L'assistenza del dott. (nome e cognome) per:

se stesso

i familiari di seguito indicati (se appartenenti allo stesso nucleo familiare)

cognome e nome	relazione parentela	data nascita	di	Codice Fiscale	cittadinanza

data.....

firma del dichiarante

Allegati:

Fotocopia Doc. Identità del Dichiarante