

Spett.le  
Uff. Scelta e Revoca del Medico  
Ambito Distrettuale  
Pianura Bassa Bergamasca

*Treviglio*

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**  
**per stati, qualità personali o fatti che siano a diretta conoscenza dell'interessato**  
**(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

**II/La sottoscritto/a**

\_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ (nome)  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono n. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARA**

- di scegliere il Medico di Assistenza Primaria - Dr./ Dr.ssa \_\_\_\_\_  
- di delegare il Sig. / la Sig.ra \_\_\_\_\_ ad effettuare la  
scelta presso la sede distrettuale; a tal fine si allega copia della Carta d'Identità  
N. \_\_\_\_\_, rilasciata dal Comune di \_\_\_\_\_

- di aver operato in totale autonomia e indipendenza e di non essere stato orientato in alcun modo nella scelta del Medico di Assistenza Primaria.

**Luogo e data**

**II/La Dichiarante**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_