

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

Treviglio

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

Il/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 veritieri, 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

Il/La Dichiariante