

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

Art. 47 DPR 445/28 dicembre 2000

Il/la sottoscritta		
Nato/a a	Prov.	il
Residente a	via/fraz/loc.	n.
Domiciliato	via/fraz/loc.	n.

Avanti a \_\_\_\_\_  
Cognome e nome, qualifica dell'impiegato addetto al ritiro del documento

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'Art. 76 del DPR 445/28 dicembre 2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

## DICHIARA

**di voler scegliere un medico di assistenza primaria operante in un ambito diverso da quello di residenza (ai sensi della DGR 1261/2017)**

**per motivi di lavoro** (denominazione e località della società/ditta/ente ...):

\_\_\_\_\_ da sottoporre a verifica

**per motivi di studio** (scuola/istituto):

\_\_\_\_\_ da sottoporre a verifica

**per i sottoelencati motivi di salute:** (i certificati sono da allegare alla presente dichiarazione)

- certificato rilasciato dal medico specialista di una struttura pubblica
- certificato rilasciato dal medico di medicina generale che attesti anche la condizione del cittadino con riferimento alla necessità di appoggio del nucleo familiare:

\_\_\_\_\_ Nome e cognome

\_\_\_\_\_ grado di parentela

**assistito ultra75enne che necessita di un appoggio di un componente del proprio nucleo familiare oppure di persona senza rapporto di parentela:**

\_\_\_\_\_ Nome e cognome

\_\_\_\_\_ grado di parentela

Letto, confermato e sottoscritto

Data \_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03 si precisa che il trattamento dei dati personali forniti ha finalità strettamente legate all'oggetto della prestazione

**IL FUNZIONARIO ADDETTO AL RITIRO DEL DOCUMENTO** \_\_\_\_\_