



Dichiarazione sostitutiva di certificazione /dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà
(artt 46 e 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____

C.F. _____ residente nel comune di _____

Via _____ n° civico _____

Tel. _____ e-mail _____

Dichiara di scegliere il/la Dr./Dr.ssa

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 dic del 2000

- Per sé**
- Per se stesso e i famigliari sotto elencati**
- Per i familiari qui di seguito elencati :**

(cognome – nome – data di nascita – rapporto di parentela)

(cognome – nome – data di nascita – rapporto di parentela)

(cognome – nome – data di nascita – rapporto di parentela)

(cognome – nome – data di nascita – rapporto di parentela)

(cognome – nome – data di nascita – rapporto di parentela)

(cognome – nome – data di nascita – rapporto di parentela)

dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art 13 del D.L.gs , n 196 del 30/06/2003 e suc. "Codice in materia di protezione dei dati personali "che i dati raccolti saranno trattati , anche con strumenti informatici , esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Al seguente documento allegare TESSERA SANITARIA di tutti i richiedenti e CI del dichiarante

Data e Luogo _____

Firma _____