

**UFFICIO SCELTE E REVOCHE  
MEDICO/PEDIATRA**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E REVOCA/SCELTA MEDICO  
Dichiarazioni rese ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

in qualità di _____ del sig. _____ nato a _____ il _____ e residente a _____ via _____
---

**DA INDICARE SOLO PER LE SCELTE IN DEROGA**

domiciliato a : \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ n. tel. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

1. di AVER REVOCATO il Dott \_\_\_\_\_  
e contestualmente di SCEGLIERE il Dott. \_\_\_\_\_  
oppure, nel caso in cui il medico/pediatra scelto sia un massimalista, di  
SCEGLIERE come seconda opzione il Dott. \_\_\_\_\_
2. Di voler scegliere il dott \_\_\_\_\_ come medico in Deroga  
(Medico Provvisorio)
3. Di **non** avere in SCELTA altro medico sul territorio NAZIONALE

**SI ALLEGA OBBLIGATORIAMENTE:**

- **IL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEI SOGGETTI INTERESSATI**
- **DICHIARAZIONE DA PARTE DEL MEDICO SCELTO** (solo per le scelte in deroga)
- **PER CHI HA AVUTO IL MEDICO IN ALTRA REGIONE ALLEGARE COPIA DELLA REVOCA DEL MEDICO.**

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_