

**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 _____ C.F. _____

DA INDICARE SOLO PER LE SCELTE IN DEROGA

domiciliato a : _____ via _____

DICHIARA

1. di AVER REVOCATO la dr.ssa **CARMEN FADDA**

e contestualmente di INSERIRE COME SCELTA: **Dr.ssa PAOLA ZEDDA**

Di voler scegliere il dott _____ come medico in Deroga
(Medico Provvisorio)

SI ALLEGA OBBLIGATORIAMENTE:

- **IL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEI SOGGETTI INTERESSATI**
- **DICHIARAZIONE DA PARTE DEL MEDICO SCELTO** (solo per le scelte in deroga)

Luogo e data, _____

Firma _____