

DICHIARAZIONE DELL'ATTO SOSTITUTIVO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445)

Il/la Sottoscritto/a _____ nato a _____

Il _____ residente a _____ via _____

TITOLARE

Indicare il grado di parentela _____

FAMILIARE

TUTORE

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall' art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

D E L E G A

il/la Sig. _____ ad effettuare la scelta del medico di medicina generale Dott. _____

per sé e per i seguenti familiari:

<i>Cognome e Nome</i>	<i>Luogo di nascita</i>	<i>Data di nascita</i>

in quanto impossibilitato/a a recarsi di persona presso i vostri uffici.

(luogo e data)

IL DICHIARANTE

Si allegano copia fotostatica del documento di identità del delegante e del delegato