

	M. A. A. T. 002	Data di emissione: 29/08/2018 Vers.1 Approvato ed emesso in originale
RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SCELTA DEL MEDICO PER DOMICILIAZIONE TEMPORANEA PER SALUTE		

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art.76 D.P.R. n.445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____,

DICHIARA

di essere residente nel comune di _____ CAP _____, in via _____ Tel. fisso _____ tel. cellulare _____ e mail _____

RICHIEDE

Vengano compiuti gli adempimenti connessi all'espletamento:

- della propria pratica
- della pratica di (congiunto, delegante, tutelato):

Cognome _____ Nome _____ nato a _____ il _____, residente nel comune di _____, CAP _____ in via _____ Codice Fiscale _____ appartenente all'ASL _____ dichiara di essere domiciliato presso il comune di _____ in via _____ Tel. fisso _____ tel. cellulare _____ e mail _____

e richiede di scegliere temporaneamente il Medico _____ per mesi _____ appartenente all'ambito territoriale di domicilio, per

Motivi di salute allega

- verbale di invalidità con percentuale del 100%;
- certificato di specialista di struttura pubblica che attesti la necessità di assistenza continua;
- dichiarazione di ricovero presso strutture per anziani non autosufficienti o disabili.

Dichiara inoltre lo stesso domicilio per:

- il coniuge _____ per cui chiede lo stesso medico.
- i figli minorenni _____ per cui chiede il Dott. _____

Chiede di conoscere l'esito della valutazione e ricevere in formato elettronico il tesserino e gli orari di ambulatorio.

Nel solo caso di residenti fuori Regione esibisce o dichiara la revoca del medico precedente.

Letto, confermato e sottoscritto _____ Il/la dichiarante _____

Luogo e data: _____

