

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE – PALERMO
Sede Legale Via G. Cusmano, 24 – 90141 Palermo – P.I. 05841760829

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' PER FATTI, STATI E QUALITA' PERSONALI A DIRETTA CONOSCENZA DEL DICHIARANTE (art. 4, legge n. 127/97 e DPR n. 403/98 e DPR 445/2000 art. 76 comma 1)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____, residente a _____ Via _____
_____ cap _____, consapevole della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi falsa e delle conseguenti responsabilità penali cui va incontro (art. 26 Legge 4 gennaio 1968 n. 15 e leggi speciali in materia)

DICHIARA

- Di essere assistito/a dal Dr. _____ dal _____ a tutt'oggi;
- Di non avere effettuato scelte, anche temporanee, in favore di altro medico;
- Che intende confermare il Dr. _____ per motivi di continuità assistenziale e fiducia professionale;
- Che la scelta è stata effettuata in data antecedente l'acquisizione della residenza avvenuta in data _____.

Il/La sottoscritto/a autorizza codesta Azienda al trattamento dei propri dati personali, ai sensi degli art. 9, 10 e 22 della Legge n. 675/96, per i fini istituzionali necessari all'espletamento della procedura di cui alla domanda.

Data _____

FIRMA

- Si allegano:
 - Copia documento d'identità;
 - Copia del libretto sanitario;
 - Copia parere di mantenimento espresso dal Comitato Aziendale ex art. 23 (ove in possesso).

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO

Al Direttore del Distretto Sanitario n.....
(Distretto di residenza dell'assistito)

Sua Sede

Il sottoscritto DrCod.reg.....
in attività nel Distretto n°.....di.....dal.....ininterrottamente,
relativamente ai seguenti assistiti residenti in un ambito di scelta diverso da quello del
sottoscritto ma all'interno dell'ambito aziendale, per i quali l'ASP ha attivato la procedura di
revoca del medico d'ufficio:

Cognome

Nome

CF

1).....

2).....

3).....

4).....

DICHIARA (*)

Che ha prestato loro assistenza continuamente sin dalla data di scelta, non temporanea, e che
tale assistenza vuole continuare a mantenere e fornire ancorché residenti in un ambito di
scelta differente da quello in cui esercita la propria attività e ciò per richiesta espressa da parte
degli assistiti, che per motivazioni di continuità assistenziale e mantenimento del rapporto
fiduciario, intendono avvalersi ancora dell'assistenza da parte del loro medico a suo tempo
scelto e non revocato.

Si allega/no al riguardo la/le dichiarazione/i sostitutiva/e di notorietà dei singoli
assistiti.

Firma e timbro del MMG

.....

*) Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 76, comma 1 del D.P.R. n. 445/2000 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsi in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia"