



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E

REVOCA/SCELTA MEDICO

Dichiarazioni rese ai sensi degli art.46 e 47 del D.P.R.28(12/200 N.445)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____ in possesso della cittadinanza _____ residente a _____

in Via _____, recapito telefonico _____, mail _____,

consapevole delle sanzioni penali con perdita del beneficio conseguito nel caso di dichiarazioni non veritiere ai sensi degli artt.75 e 76 del D.P.R. n.445/2000,sotto la propria responsabilità

CHIEDE

per se

per i seguenti familiari

Cognome	Nome	Luogo e data nascita	Grado parentela

L'iscrizione a favore del /della Dr./Dr.ssa _____

A tal fine

DELEGA

Il/la Sig./ra _____ nato/a a _____ a

provvedere ai conseguenti adempimenti amministrativi conformi alla suddetta richiesta. Dichiaro, altresì, di essere informato/a, secondo quanto previsto dal D.Lgs 30 giugno 2003, n.196 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Bari, lì _____

Firma _____

Si allega:

- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante e del delegato

- copia fotostatica della tessera sanitaria

anagrafesanitaria.dssbari@asl.bari.it