

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE BASILICATA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA
SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA

Dichiarazione sostitutiva di certificazioni (art. 2 legge n. 15/1968 - art. 3, commi 3 e 10 legge n. 127/97 e succ. modificazioni ed integrazioni)

DICHIARAZIONE DI SCELTA O REVOCA DEL MEDICO

Cognome _____ Nome _____ nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Prov. (____) Via _____

Domiciliato a _____ Via _____ Note _____

D I C H I A R A

di scegliere il DOTT. _____ e di revocare il DOTT. _____

COGNOME NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO	PARENTELA	MEDICO SCELTO	MEDICO REVOCATO

DATA _____

Firma dell'operatore _____

Firma dell'Assistito _____