

**MODULO PER LA REVOCA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE E DEL PEDIATRA  
DI LIBERA SCELTA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via/P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità penali cui incorre nel caso di dichiarazioni mendaci o contenenti dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. n. 445/00

Chiede di poter revocare per sé il Dr. \_\_\_\_\_

Chiede di poter revocare per i sottoelencati familiari o conviventi facenti parte del medesimo nucleo familiare (solo se minorenni), il Medico di seguito indicato:

---

Indicare: Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Luogo e Data di nascita \_\_\_\_\_ Medico \_\_\_\_\_

---

Indicare: Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Luogo e Data di nascita \_\_\_\_\_ Medico \_\_\_\_\_

---

Indicare: Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Luogo e Data di nascita \_\_\_\_\_ Medico \_\_\_\_\_

---

Indicare: Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Luogo e Data di nascita \_\_\_\_\_ Medico \_\_\_\_\_

---

Indicare: Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Luogo e Data di nascita \_\_\_\_\_ Medico \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di aver letto e compreso il testo delle informazioni ex artt. 13 e 14 Regolamento 2016/679/UE

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'assistito \_\_\_\_\_

**DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA PRESENTE:**

- DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA'
- TESSERA SANITARIA
- ATTESTATO DI DOMICILIO

Data revoca \_\_\_\_\_

Timbro e firma dell'impiegato addetto  
\_\_\_\_\_

Spazio riservato all'ufficio