



A.S.L. TO1

Azienda Sanitaria Locale
Torino

SEDE LEGALE: Via San Secondo, 29
10128 TORINO - Tel. + 39 011 5661566
info@aslto1.it - www.aslto1.it
C.F. P.I. 09737640012

Mod. pediatra

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/DI ATTO DI NOTORIETA'

Rese ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445

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

Residente in Torino, via/corso _____ n. _____ cap _____

Codice Fiscale _____ n. tel. _____

Genitore del minore/i:

1. Nome e cognome _____ nato/a il _____

2. Nome e cognome _____ nato/a il _____

3. Nome e cognome _____ nato/a il _____

Residente/i in Torino, via/corso _____ n. _____ cap _____

consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità

CHIEDE

di REVOCARE il pediatra Dott. _____ e contestualmente

SCEGLIERE come prima opzione il Dott. _____,
oppure, nel caso in cui il pediatra prescelto sia un massimalista,

di SCEGLIERE come seconda opzione, il Dott. _____

e come terza opzione il Dott. _____

Chiede, infine, che la "Ricevuta d'Iscrizione" pervenga con la seguente modalità:

_____ (indicare l'indirizzo di posta elettronica o il n. fax nel caso in cui sia richiesto l'invio non per posta).

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.L. 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.

Torino,

firma
