

Mod. Scelta del medico di base (anche per i minori)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
(Art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Surname name

Tax code

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

consapevole che, a mente dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal medesimo decreto costituisce condotta punibile ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia" (vedi nota allegata);

consapevole della possibilità che siano eseguiti controlli tesi a verificare la veridicità di quanto dichiarato così come previsto dalla normativa vigente (vedi note allegate);

Born in

**DICHIARO**

Date

Di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. (EE \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

(Please write Residenza or Domicilio) Address Zip code  
Residente a Trieste \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

n. tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**CHIEDO**

If you want to change the current General Practitioner fill in his name

di REVOCARE il Medico di Famiglia (o pediatra nel caso di minore) Dott. \_\_\_\_\_ e  
Write the name of your General Practitioner or, if it is the first enrollment, leave it blank  
contestualmente di SCEGLIERE il Medico di Famiglia Dott. \_\_\_\_\_

o, se non disponibile, di SCEGLIERE come ulteriori opzioni uno dei seguenti professionisti

(compilare possibilmente tutte le opzioni richieste)

- |                |                |
|----------------|----------------|
| 1. DOTT. _____ | 4. DOTT. _____ |
| 2. DOTT. _____ | 5. DOTT. _____ |
| 3. DOTT. _____ | 6. DOTT. _____ |

PER il sottoscritto

PER il/i seguente/i familiare/i minore/i (al di sopra dei sei anni) e/o tutelato/i, appartenenti al  
To fill in only if you have family members in Italy  
medesimo nucleo familiare IN ACCORDO con l'altro genitore \_\_\_\_\_

detentore della potestà genitoriale:

- |                         |                 |
|-------------------------|-----------------|
| 1. Nome e cognome _____ | nato/a il _____ |
| 2. Nome e cognome _____ | nato/a il _____ |
| 3. Nome e cognome _____ | nato/a il _____ |
| 4. Nome e cognome _____ | nato/a il _____ |

Residente/i a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Si prega di inviare la copia della Tessera Sanitaria Cartacea a: (indicare l'indirizzo e-mail)

phd@sissa.it \_\_\_\_\_

TRIESTE, / / Date

FIRMA (signature)

Da allegare per ogni utente che sceglie il medico:

- Copia del documento di identità valido
- Copia della tessera sanitaria in uso