

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E REVOCA/SCELTA MEDICO**  
**Dichiarazioni 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 a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Di delegare la Dott.ssa Fella Debora nata a Cassino il 16/07/1992, residente in Viticuso, cod. fiscale: FLLDBR92L56Co34G,

Al ritiro dell'esenzione ticket presso l'Asl di Cassino.

e, contestualmente, di scegliere quale proprio medico di base il Dott.: \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre, sotto la propria responsabilità, di essere consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale in caso di mendaci dichiarazioni o contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445).

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento generale sulla Protezione dei dati personali (GDPR UE/2016/679), il titolare del trattamento fornisce all'interessato quanto preposto dai commi 1 a 4 dello stesso.



Luogo e data.

Firma del Delegato

Firma del Delegante.

Si allegano:

n° 1 copia del documento di identità;

n° 1 copia della tessera sanitaria.