

**RICHIESTA DI REVOCA DEL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA (MAP)
O DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (PLS)
PER ISCRIZIONE PROVVISORIA IN ALTRA ASL EXTRA REGIONE VENETO**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

domiciliato a _____ in via _____ n. _____

C.F. _____ cittadinanza _____

E-mail _____ Tel./Cell. _____

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace o comunque non corrispondente al vero,
così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000;

CHIEDE

**la cancellazione della scelta presso l'Azienda ULSS 8 Berica,
per iscrizione provvisoria in altra Azienda ULSS / ASL, del seguente:**

Medico di Assistenza Programmata (MAP) Dr. _____

Pediatra di Libera Scelta (PLS) Dr. _____

per il/i seguente/i figlio/i per il/i quale/i DICHIARA di esercitare la responsabilità genitoriale:

<i>Cognome e nome</i>	<i>Luogo e data di nascita</i>	<i>Codice Fiscale</i>

Allegati:

1. Documento d'identità del richiedente;
2. Codice Fiscale del/dei minore/i interessato/i.

Data _____

Firma del richiedente _____

In caso di figlio minore, il genitore richiedente dichiara che l'altro genitore condivide le finalità della presente richiesta