

**RICHIESTA DI ASSEGNAZIONE O CAMBIO
DEL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA (MAP)**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 2, L. 04/01/1968 n.15; Art. 1 D.P.R. 20/10/1998 n. 403; Artt. 46-47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

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

l'assegnazione del Medico di Assistenza Primaria (MAP) _____

(specificare cognome e nome MAP individuato),

oppure

l'assegnazione del Medico di Assistenza Primaria (MAP) _____

(specificare cognome e nome MAP individuato, in caso di indisponibilità di posti da parte del primo medico scelto)

per sé e per i propri familiari sotto indicati:

In caso di richiesta a favore di figlio/i minore/i, si DICHIARA di esercitare la responsabilità genitoriale.

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale	Grado di parentela	Firma dei maggiorenni per delega

Allegati:

1. Documento d'identità del richiedente e dei familiari per cui si presenta domanda;
2. Codice Fiscale del richiedente e dei familiari per cui si presenta domanda.

Data _____

Firma del richiedente _____

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