

**RICHIESTA DI ISCRIZIONE DI NUOVI NATI AL S.S.N.
E SCELTA DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (PLS)**

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;

DICHIARA

di essere genitore, di esercitare la responsabilità genitoriale del figlio/a nuovo/a nato/a sotto indicato/a:

_____ (cognome) _____ (nome)

_____ (data di nascita) _____ (luogo di nascita) _____ (Prov.) _____ (Stato)

_____ (cittadinanza)

Indicare residenza/domicilio, se diverso dal genitore dichiarante: _____

E CHIEDE L'ASSEGNAZIONE DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (PLS)

1. dott./dott.ssa _____
(specificare cognome e nome PLS individuato)

Il Pediatra sopra indicato è già stato scelto per altro/a figlio/a? Sì No

Se sì, indicare il cognome e nome del figlio/a: _____

2. dott./dott.ssa _____
(specificare cognome e nome del PLS individuato, nel caso in cui non sia possibile l'assegnazione del PLS n. 1)

Allegati:

1. Documento d'identità del richiedente;
2. Codice Fiscale del/della figlio/a nuovo/a nato/a.

Data _____

Firma del richiedente _____

Il genitore richiedente dichiara che l'altro genitore condivide le finalità della presente richiesta.