

**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*