

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto _____ nato/a il _____

a _____ CF. _____

residente in _____ Via _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA sotto la propria responsabilità di essere autorizzato

dal/ la Sig./ra _____ nato/a _____

il _____ residente in _____ Via _____

a:

- scegliere per me quale medico di fiducia il Dott. _____
- revocare per me il Dott. _____
- al rinnovo/rilascio dell'attestato di esenzione ticket.
- duplicato della tessera sanitaria e/o tessera sanitaria europea (TEAM)
- duplicato esenzione ticket
- Richiesta ausili protesici
- (altro) _____

A tal fine allego copia del mio documento di riconoscimento, in corso di validità.

Data _____

in fede _____

. La presente istanza viene sottoscritta dall'interessato in presenza del funzionario incaricato

. La presente istanza viene sottoscritta dal delegato, previa esibizione di un valido documento di riconoscimento.

Ricevuta il _____

Firma del Funzionario _____