

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE – PALERMO**  
Sede Legale Via G. Cusmano, 24 – 90141 Palermo – P.I. 05841760829

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' PER FATTI, STATI E QUALITA' PERSONALI A DIRETTA CONOSCENZA DEL DICHIARANTE (art. 4, legge n. 127/97 e DPR n. 403/98 e DPR 445/2000 art. 76 comma 1)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_, consapevole della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi falsa e delle conseguenti responsabilità penali cui va incontro (art. 26 Legge 4 gennaio 1968 n. 15 e leggi speciali in materia)

**DICHIARA**

- Di essere assistito/a dal Dr. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ a tutt'oggi;
- Di non avere effettuato scelte, anche temporanee, in favore di altro medico;
- Che intende confermare il Dr. \_\_\_\_\_ per motivi di continuità assistenziale e fiducia professionale;
- Che la scelta è stata effettuata in data antecedente l'acquisizione della residenza avvenuta in data \_\_\_\_\_.

Il/La sottoscritto/a autorizza codesta Azienda al trattamento dei propri dati personali, ai sensi degli art. 9, 10 e 22 della Legge n. 675/96, per i fini istituzionali necessari all'espletamento della procedura di cui alla domanda.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA  
\_\_\_\_\_

- Si allegano:
  - Copia documento d'identità;
  - Copia del libretto sanitario;
  - Copia parere di mantenimento espresso dal Comitato Aziendale ex art. 23 (ove in possesso).

# AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO

Al Direttore del Distretto Sanitario n.....  
(Distretto di residenza dell'assistito)

Sua Sede

Il sottoscritto Dr .....Cod.reg.....,  
in attività nel Distretto n°.....di.....dal.....ininterrottamente,  
relativamente ai seguenti assistiti residenti in un ambito di scelta diverso da quello del  
sottoscritto ma all'interno dell'ambito aziendale, per i quali l'ASP ha attivato la procedura di  
revoca del medico d'ufficio:

Cognome

Nome

CF

1).....

2).....

3).....

4).....

## DICHIARA (\*)

Che ha prestato loro assistenza continuamente sin dalla data di scelta, non temporanea, e che  
tale assistenza vuole continuare a mantenere e fornire ancorché residenti in un ambito di  
scelta differente da quello in cui esercita la propria attività e ciò per richiesta espressa da parte  
degli assistiti, che per motivazioni di continuità assistenziale e mantenimento del rapporto  
fiduciario, intendono avvalersi ancora dell'assistenza da parte del loro medico a suo tempo  
scelto e non revocato.

Si allega/no al riguardo la/le dichiarazione/i sostitutiva/e di notorietà dei singoli  
assistiti.

Firma e timbro del MMG

.....

\*) Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 76, comma 1 del D.P.R. n. 445/2000 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsi in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia"