

***AUTOCERTIFICAZIONE PER RICHIESTA
DI REVOCA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE***

Il sottoscritto _____

Nato/a a _____ *il* _____

residente a _____ *Via* _____

domiciliato a _____ *Via* _____

Codice Fiscale _____ *Telefono* _____

Carta identità n. _____ *valida fino a* _____

CHIEDE LA REVOCA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

IL DR. _____

Data _____

Firma _____

*Allegato: fotocopia documento d'identità

Ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000 le dichiarazioni mendaci e la falsità negli atti sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

