

***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.*

