

**AUTOCERTIFICAZIONE RICHIESTA DI RIPRISTINO SCELTA DEL
MEDICO DI FIDUCIA A SEGUITO DI RIENTRO DALL'ESTERO**

Il sottoscritto _____

Nato/a a _____ *il* _____

residente a _____ *Via* _____

essendo rientrato nella propria residenza abituale dal _____

CHIEDE

ai fini dell'assistenza sanitaria il ripristino della scelta del medico di fiducia per sé e per i suoi familiari di seguito elencati:

_____	_____	_____
<i>cognome</i>	<i>nome</i>	<i>data nascita</i>

_____	_____	_____
<i>cognome</i>	<i>nome</i>	<i>data nascita</i>

_____	_____	_____
<i>cognome</i>	<i>nome</i>	<i>data nascita</i>

_____	_____	_____
<i>cognome</i>	<i>nome</i>	<i>data nascita</i>

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.