Azienda Usl Toscana sud est
via Calamandrei 173, 52100 Arezzo
P.I. e C.F. 02236310518 – tel. 0575 2551
www.uslsudest.toscana.it - email: ausltoscanasudest@postacert.toscana.it

RICHIESTA DI REVOCA DEL MEDICO DI FAMIGLIA

All'Azienda USL Toscana sud est

Io sottoscritto/a _____ _____
cognome nome

natio/a nel Comune di _____ prov. _____ il _____

Residente nel Comune di _____ via/piazza _____ n° _____

Codice Fiscale _____ Tel _____ /cell. _____

E-mail (obbligatorio) _____

CHIEDO LA REVOCA DEL MEDICO DI FAMIGLIA PRESSO L'AZIENDA USL TOSCANA SUDEST

Dott./ssa _____ con decorrenza dal _____

per me e/o per i seguenti familiari con me residenti:
figli minorenni per i quali esercito la potestà maggiorenni che confermano la scelta sottoscrivendola

COGNOME E NOME	PARENTELA	DATA NASCITA	CODICE FISCALE

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle Leggi speciali in materia, sotto la mia personale responsabilità, confermo che quanto da me dichiarato corrisponde a verità.
A tale scopo autorizzo l'Azienda USL Toscana sudest ad utilizzare i dati da me forniti con la presente domanda per la gestione degli elenchi degli iscritti al S.S.R., e di comunicarli al medico di fiducia da me scelto per me e per i suddetti familiari, nonché agli altri medici associati, al/i rispettivo/i sostituto/i ed ASL di iscrizione del medico.

Data _____ _____ _____ _____ _____

Nel caso che la richiesta riguardi figli minorenni _____
(firma dell'altro genitore)

In caso di firma di un solo genitore, quest'ultimo, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di effettuare la scelta di comune accordo con l'altro genitore in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale ovvero in conformità a disposizione di legge o a provvedimenti dell'autorità giudiziaria (artt. 316, 337 ter, 337 quater del codice civile)*

* Ai sensi della normativa vigente, la revoca del pediatra è effettuata, nell'esercizio della responsabilità genitoriale, congiuntamente da entrambi i genitori salvo che ricorrano le seguenti fattispecie: unico genitore che ha riconosciuto il minore; impedimento o lontananza di uno dei genitori che renda impossibile l'esercizio della responsabilità genitoriale; affidamento superesclusivo ad uno dei genitori

(firma del richiedente e dei familiari maggiorenni)

SI ALLEGANO I DOCUMENTI DI IDENTITÀ DEL RICHIEDENTE E DEI FAMILIARI MAGGIORENNI

RISERVATO ALL'AZIENDA USL TOSCANA SUDEST

Si conferma che per gli assistiti sopra elencati abbiamo provveduto alla revoca del medico a decorrere dal ___/___/_____

Data _____ Firma e timbro AUSL _____