

	Allegato n° 4 alla PQA 1189 – “Sportelli polifunzionali – gestione istanze cittadini e modulistica” Sistema Gestione Qualità Aziendale		<b>MOD 1306</b> Rev. n 1 del 06/12/2021 Pag. 1/1
	<b>ATTESTAZIONE MANCATA SCELTA O REVOCA          DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE O          PEDIATRA C/O ASL 2</b>		

Il/la sottoscritto/ \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
 e mail \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

**chiede**

- la revoca del medico di medicina generale
- la revoca del pediatra di libera scelta per il/i minori sotto indicati:

\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

A tal fine dichiara di essere esercente la responsabilità genitoriale e di esprimere la presente richieste di comune accordo con l'altro genitore ex art. 337 ter c.c ovvero in conformità a disposizione di legge o a provvedimenti dell'autorità giudiziaria

data, \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

N.B. Per pratica via e mail indirizzare a [sceltarevocamedico@asl2.liguria.it](mailto:sceltarevocamedico@asl2.liguria.it) e allegare documento di identità del richiedente

=====

**A cura dell'ufficio**

Si certifica che le persone sopra indicate risultano iscritte/i senza medico

Il presente atto è rilasciato ai fini dell'acquisizione d'ufficio.

data, \_\_\_\_\_

IL FUNZIONARIO

\_\_\_\_\_