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

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 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
