

**PRIMA ISCRIZIONE AL SSR O CAMBIO MMG/PLS  
PER RESIDENTI DEI COMUNI ASST NORD MILANO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
cittadinanza \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Compilare il seguente riquadro in caso la richiesta includa **MINORI/TUTELATI**)

Io sottoscritto in qualità di: <input type="checkbox"/> <b>genitore</b> munito della potestà congiunta con il coniuge o altro genitore, <b>che è a conoscenza dell'attuale istanza</b> , con attestazione della insussistenza di impedimenti al rilascio della presente autocertificazione, o in via esclusiva <input type="checkbox"/> <b>tutore</b> (indicare gli estremi del provvedimento di nomina alla tutela) _____ Cognome e nome del minore _____ nato/a il _____ a _____ prov. _____ CF _____ cittadinanza _____ residente a _____ in via _____
---

**CHIEDE**

per sé e/o per i propri familiari sotto indicati, anagraficamente facenti parte del medesimo nucleo familiare:

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE

**DICHIARA**

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000, di voler effettuare la scelta o il cambio del/dei (barrare le caselle in base alla tipologia di richiesta):

**Medico di Medicina Generale**

e/o

**Pediatra di Libera scelta**

a favore dei familiari sopra elencati, secondo la preferenza di seguito elencata, sapendo che l'attribuzione è subordinata alla disponibilità di posti liberi:

1. Dott./ Dott.ssa \_\_\_\_\_
2. Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_
3. Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

**Da allegare OBBLIGATORIAMENTE alla presente richiesta di tutti i richiedenti:**

- copia di un documento d'identità
- copia della tessera sanitaria
- copia permesso di soggiorno (se in possesso)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_