

## RICHIESTA DI ASSEGNAZIONE O CAMBIO DEL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA (MAP)

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 2, L. 04/01/1968 n.15; Art. 1 D.P.R. 20/10/1998 n. 403; Artt. 46-47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

domiciliato a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Tel./Cell. \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace o comunque non corrispondente al vero, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000;

### CHIEDE

l'**assegnazione del Medico di Assistenza Primaria (MAP)** \_\_\_\_\_  
(specificare cognome e nome MAP individuato) **per sé e per i propri familiari sotto indicati:**

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale	Grado di parentela	Firma dei maggiorenni per delega*

**\*Allegare documento di identità in corso di validità**

Data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

In caso di figlio minore, il genitore richiedente dichiara che l'altro genitore condivide le finalità della presente richiesta

### Accettazione del Medico di Assistenza Primaria (MAP) **NECESSARIA** per gli assistiti **NON RESIDENTI nel Comune di Vicenza**

Il sottoscritto MAP accetta come propri assistiti le persone elencate nella presente domanda.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico di Assistenza Primaria