

	<p>In allegato alla dichiarazione di</p> <p>Codice fiscale</p>	
--	--	--

Dichiarazione sostitutiva di atto notorio per assistenza sanitaria

Il sottoscritto		
Cognome	Nome	Codice Fiscale

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

<input type="checkbox"/>	di essere medico di medicina generale o pediatra di libera scelta convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale e di effettuare in modo ricorrente visite domiciliari nel territorio del Comune di Cremona
<input type="checkbox"/>	di essere iscritto all'Ordine professionale e che, pur non essendo medico di medicina generale o pediatra di libera scelta convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale presso il distretto di Cremona, effettua non meno di 10 visite domiciliari urgenti all'anno nel territorio del Comune di Cremona
	Albo o ordine

con ambulatorio in						
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Piano	

Elenco degli allegati	
<i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)</i>	
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Cremona		
<small>Luogo</small>	<small>Data</small>	<small>Il dichiarante</small>