



Azienda Sanitaria Provinciale Messina  
Via Giuseppe La Farina, 263/n  
98123 Messina – P.IVA: 03051870834

**Dichiarazione Sostitutiva Certificazione**  
(Art.2 L.15/68 commi 3 e 10 L. n. 127 del 2007)

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a ..... il .....

.....  
Codice Fiscale .....

.....  
**DICHIARA**  
di essere residente a ..... in via .....

.....  
Con i sottoelencati familiari:

Cognome e Nome	Data di Nascita	Codice Fiscale

**CHIEDE**

per sè solo     per sè e per i propri familiari sopraelencati     per i suoi familiari sopraelencati

- l'iscrizione al SSN presso l'ASP di Messina Pediatra Dr. ....
- l'iscrizione al SSN presso l'ASP di Messina con il Medico Dr. ....
- il duplicato del libretto di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale presso l'ASP di Messina in quanto smarrito
- il cambio del Medico dal Dr. .... al Dr. ....
- il cambio Pediatra Dr. .... al Dr. ....
- la revoca dell'iscrizione al SSN presso l'ASP di Messina per motivi di .....
- domiciliato     residente nel comune di .....

Data ..... Firma .....

Estremi del documento di riconoscimento del dichiarante:

Tipo di documento ..... numero ..... data di rilascio .....