## DOMANDA DI SCELTA

## MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Il sottoscritto­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residenza anagrafica/domicilio

* Carenno
* Caloziocorte
* Montemarenzo
* Altro Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/corso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. civico\_\_\_\_\_\_\_

## CHIEDE

* Per se stesso
* Per se stesso e i familiari qui di seguito elencati
* Per i familiari qui di seguito elencati:

(cognome – nome – data di nascita – rapporto di parentela.)

(cognome – nome – data di nascita – rapporto di parentela.)

­­­­­­­(cognome – nome – data di nascita – rapporto di parentela.)

­­­­­­­(cognome – nome – data di nascita – rapporto di parentela.)

­­­­­­­(cognome – nome – data di nascita – rapporto di parentela.)

l’autorizzazione ad avvalersi dell’opera del Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Allegati: - Fotocopia documento d’identità

* Fotocopia tessera sanitaria

Si prega di fornire numero telefonico per eventuali contatti in merito al perfezionamento della scelta

N telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_