



<input type="checkbox"/>	NEONATO (prima scelta)
--------------------------	---------------------------

## RICHIESTA SCELTA/CAMBIO PEDIATRA

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_

(estremi documento: \_\_\_\_\_), NATO

A \_\_\_\_\_, IL \_\_\_\_\_, RESIDENTE A \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_, CHIEDE L'ASSEGNAZIONE DEL PEDIATRA DI FAMIGLIA,

DOTT. \_\_\_\_\_

SCELTA/CAMBIO PEDIATRA

PER IL PROPRIO FIGLIO/I PROPRI FIGLI:

(nome) \_\_\_\_\_ cod. fisc. \_\_\_\_\_

(nome) \_\_\_\_\_ cod. fisc. \_\_\_\_\_

(nome) \_\_\_\_\_ cod. fisc. \_\_\_\_\_

(nome) \_\_\_\_\_ cod. fisc. \_\_\_\_\_

CATANIA, \_\_\_\_\_

FIRMA

n. di telefono \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

### ALLEGA IN FOTOCOPIA:

- IL CODICE FISCALE DEL FIGLIO NEONATO
- EVENTUALE PERMESSO DI SOGGIORNO