

RICHIESTA SCELTA/CAMBIO MEDICO

IL SOTTOSCRITTO _____

(estremi documento: _____), NATO

A _____, IL _____, RESIDENTE A _____,

VIA _____, CHIEDE L'ASSEGNAZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA,

DOTT. _____

PER SÉ STESSO: cod. fiscale _____

PER I PROPRI FAMILIARI:

(nome) _____ cod. fisc. _____

(nome) _____ cod. fisc. _____

(nome) _____ cod. fisc. _____

(nome) _____ cod. fisc. _____

PER ALTRI (DELEGA):

(nome) _____ cod. fisc. _____

(nome) _____ cod. fisc. _____

CATANIA,

FIRMA

n. di telefono _____

email _____

ALLEGA IN FOTOCOPIA EVENTUALE PERMESSO DI SOGGIORNO