

## ***RICHIESTA SCELTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE***

*Il sottoscritto* \_\_\_\_\_

*Nato/a a* \_\_\_\_\_ *il* \_\_\_\_\_

*residente a* \_\_\_\_\_ *Via* \_\_\_\_\_

*Codice Fiscale* \_\_\_\_\_ *Telefono* \_\_\_\_\_

*Carta identità n.* \_\_\_\_\_ *valida fino a* \_\_\_\_\_

### ***CHIEDE DI SCEGLIERE COME MEDICO DI MEDICINA GENERALE***

*IL DR.* \_\_\_\_\_

*Eventuale seconda scelta il DR.* \_\_\_\_\_

*Data* \_\_\_\_\_

*Firma* \_\_\_\_\_

**\*Allegato: fotocopia documento d'identità**

## ***RICHIESTA SCELTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE***

*Il sottoscritto (padre)* \_\_\_\_\_

*Nato/a a* \_\_\_\_\_ *il* \_\_\_\_\_

*residente a* \_\_\_\_\_ *Via* \_\_\_\_\_

*Codice Fiscale* \_\_\_\_\_ *Telefono* \_\_\_\_\_

*Carta identità n.* \_\_\_\_\_ *valida fino a* \_\_\_\_\_

*Il sottoscritto (madre)* \_\_\_\_\_

*Nato/a a* \_\_\_\_\_ *il* \_\_\_\_\_

*residente a* \_\_\_\_\_ *Via* \_\_\_\_\_

*Codice Fiscale* \_\_\_\_\_ *Telefono* \_\_\_\_\_

*Carta identità n.* \_\_\_\_\_ *valida fino a* \_\_\_\_\_

*Per il figlio/a* \_\_\_\_\_

*Nato/a a* \_\_\_\_\_ *il* \_\_\_\_\_

*residente a* \_\_\_\_\_ *Via* \_\_\_\_\_

*Codice Fiscale* \_\_\_\_\_

### ***CHIEDE DI SCEGLIERE COME MEDICO***

*IL DR.* \_\_\_\_\_

*Eventuale seconda scelta il DR.* \_\_\_\_\_

*Data* \_\_\_\_\_

*Firma* \_\_\_\_\_

*Firma* \_\_\_\_\_

**\*Allegati: fotocopia documento d'identità genitori**