

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***

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**