

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - MESSINA
DISTRETTO DI MESSINA
UFFICIO ANAGRAFE ASSISTITI**

**All'Ufficio Anagrafe Assistiti
Del Comune di Furci Siculo**

OGGETTO: Iscrizione SSN, SCELTA, CAMBIO – REVOCA Medico di base e Pediatra.

- ▶ per se
▶ 1 sottoscritto/a _____ Sesso _____
▶ Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
▶ Comune di residenza _____ Via _____ n. _____
▶ Comune di domicilio _____ Via _____ n. _____
▶ Cittadinanza _____ telefono _____

CHIEDE

- ▶ per i seguenti familiari conviventi _____ Sesso _____
▶ grado parentela _____
▶ Nato a _____ il ____ / ____ / ____
▶ Residenza _____ Via _____ n. _____
▶ Domicilio _____ Via _____ n. _____
▶ Cittadinanza _____ telefono _____

- ▶ per i seguenti familiari conviventi _____ Sesso _____
▶ grado parentela _____
▶ Nato a _____ il ____ / ____ / ____
▶ Residenza _____ Via _____ n. _____
▶ Domicilio _____ Via _____ n. _____
▶ Cittadinanza _____ telefono _____

1) L' iscrizione al SSN presso l' ASP di Messina con il Pediatra Dr. _____.

- 2) L' iscrizione al SSN presso l'ASP di Messina con il Medico Dr. _____.
- 3) Il duplicato del libretto di iscrizione al SSN presso ASP di Messina in quanto smarrito/derubato.
- 4) Il cambio del Medico dal Dr. _____ al Dr. _____.
- 5) Il cambio Pediatra dal Dr. _____ al Dr. _____.
- 6) La revoca dell'iscrizione al SSN presso l' ASP di Messina per motivi di _____
_____.

FURCI SICULO li

Firma del richiedente

Il richiedente autorizza il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. n.196/03 e SS.MM.II., esclusivamente nell'ambito delle procedure di cui all' oggetto.

DATA _____

Firma del richiedente

**Allegare documento di riconoscimento e tessera sanitaria in corso di validità
Del richiedente e dei conviventi per cui si inoltra la richiesta**