

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

**Oggetto: Richiesta scelta e revoca del medico**

**All'Ufficio Anagrafe Assistiti**

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

**DICHIARA**

- ▶ 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 \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Di scegliere il Dott.: \_\_\_\_\_

Di revocare il Dott.: \_\_\_\_\_

- Messina li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Firma leggibile**

\_\_\_\_\_