

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - MESSINA
DISTRETTO DI MESSINA
UFFICIO ANAGRAFE ASSISTITI

Oggetto: Richiesta scelta e revoca del medico

All'Ufficio Anagrafe Assistiti

- ▶ per se
- ▶ sottoscritto/a _____ Sesso _____
- ▶ Nato/a 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. _____
- ▶ Domocilio _____ Via _____ n. _____
- ▶ Cittadinanza _____ telefono _____

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

DICHIARA

Di scegliere il Dott.: _____

Di revocare il Dott.: _____

• Messina li _____ / _____ / _____

Firma leggibile
