

RICHIESTA SCELTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

*I*l 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