

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