

## ***RICHIESTA SCELTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE***

*Il 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