



RICHIESTA CAMBIO MEDICO DI MEDICINA GENERALE/PEDIATRA DI FAMIGLIA

Il/la sottoscritto/a.....
nato/a..... il.....cittadinanza.....
residente a..... in via.....
telefono e-mail

C. F.....
In qualità di
(genitore, amministratore di sostegno o altro soggetto formalmente delegato)

CHIEDE

per sé

per conto di:

cognome..... nome.....
nato/a..... il..... cittadinanza.....
residente a..... in via.....
telefono e-mail

C. F..... iscritto negli elenchi dell'ASST

la scelta del medico/pediatra di famiglia secondo la preferenza di seguito elencata:

1) Dottor _____

2) Dottor _____

3) Dottor _____

firma _____

Allegato: fotocopia di un documento d'identità e Tessera Sanitaria del dichiarante e del delegante (in presenza di delega)
art. 38 del DPR 28.12.2000, n. 445

Sede legale: ASST Melegnano e della Martesana

Via Pandina,1 -20070 Vizzolo Predabissi (MI) – Tel.0298051

www.asst-melegnano-martesana.it C.F. e P.I. 09320650964