

DOMANDA DI SCELTA MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Il sottoscritto _____ nato il _____

Codice fiscale _____ residenza /domicilio nel Comune di _____

Via/corso _____ n. civico _____

già assistito del dr. Roberto Beretta

CHIEDE

- Per se stesso
- Per se stesso e i familiari qui di seguito elencati
- Per i familiari qui di seguito elencati:

(cognome – nome – data di nascita – rapporto di parentela.)

(cognome – nome – data di nascita – rapporto di parentela.)

(cognome – nome – data di nascita – rapporto di parentela.)

(cognome – nome – data di nascita – rapporto di parentela.)

(cognome – nome – data di nascita – rapporto di parentela.)

l'autorizzazione ad avvalersi dell'opera del Dr. _____

Data _____

Firma _____

Si prega di fornire numero telefonico per eventuali contatti in merito al perfezionamento della scelta

N telefono _____

Allegare copia carta di identità, e copia tessera sanitaria.

In caso di delega, copia carta identità delegante e delegato e copia tessera sanitaria di tutti i familiari interessati.