



SCELTA DEL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ residente a _____

in Via _____ n° _____ Telefono _____

Codice fiscale _____

Chiede

- per se stesso
- per se stesso ed i familiari qui di seguito elencati
- per i familiari qui di seguito elencati

Cognome e Nome	Data di nascita	Codice fiscale

di avvalersi dell'opera professionale del Dr./Dr.ssa

1 scelta _____

In alternativa (qualora il Medico individuato nella 1° scelta raggiunga il
massimale e di conseguenza non ha posti disponibili)

2° scelta _____

Ai sensi del D.L. 196/03 autorizzo l'ASST SETTE LAGHI al trattamento dei dati
personali

Data, _____ Firma _____