

**PER GLI ASSISTITI DELLA DR.SSA BIASIO ALESSANDRA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI SCEGLIERE IL MEDICO**

Indicare i nominativi di almeno 5 medici in ordine di preferenza tra quelli disponibili: **Amatruda Laura, Amicabile Adriano, Barba Ettore, Brentegani Elisa, Corti Mario Mauro, D'Arconte Sonia, Da Re Alberto, Fakhreddine Adnan, Fondacaro Pierluigi, Fornasari Elena, Lora Aprile Pierangelo, Magni Alberto, Martori Ampelio, Micillo Enzo Bruno, Parlongo Giancarlo, Pavia Paolo, Salvini Genesio, Savoldi Annalisa, Smellini Marina, Vio Mariaclara.** L'effettiva disponibilità del Medico sarà verificata solo al momento dell'inserimento nel sistema informatizzato regionale; gli operatori provvederanno quindi all'assegnazione del Medico secondo le priorità indicate.

Priorità di scelta	Cognome e nome del medico
1	Dr./Dr.ssa
2	Dr./Dr.ssa
3	Dr./Dr.ssa
4	Dr./Dr.ssa
5	Dr./Dr.ssa

Per le seguenti persone:

Cognome e nome	Data di nascita	Grado di parentela	Indirizzo di residenza	Tessera sanitaria

**- Si allega copia del documento di identità del richiedente.**

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_