

PER GLI EX ASSISTITI DEL Dott. BIAGIO GERMANO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ in qualità di _____ (indicare il grado di parentela)

residente a _____ in via _____

telefono _____ email _____

CHIEDE DI SCEGLIERE IL MEDICO

Indicare i nominativi di 3 Medici in ordine di preferenza tra quelli disponibili:

Dr.ssa Colavita Maria, Dr. Mazzone Domenico Marcello e Dr. Di Mauro Claudio

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

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.

Data _____

Firma _____