

**PER GLI EX ASSISTITI DEL Dott. EMANUELE AGAZZI**

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. Golfrè Andreasi Massimo, Dr. Greco' Francesco, Dr. Resti Giuseppe e Dott.ssa Venuti Maria.**

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 \_\_\_\_\_