

**PER GLI EX ASSISTITI DEL Dott. FAKHREDDINE ADNAN**

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

il \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ (indicare il grado di parentela)

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

telefono \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI SCEGLIERE IL MEDICO**

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

Dr. Barba Ettore, Dr. Corti Mario, Dott.ssa Destrijcker Coralie, Dott.ssa D'Arconte Sonia, Dr. Da Re Alberto, Dr. Lora Aprile Pierangelo, Dr. Micillo Enzo Bruno, Dr. Pavia Paolo, Dr. Peretti Adriano, Dott.ssa Peschiera Sara, Dott.ssa Pizzi Alessia, Dott.ssa Sangiorgi Camilla, Dott.ssa Smellini Marina, Dott.ssa Vio Maria Clara.

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	T e s s e r a sanitaria

- Si allega copia del documento di identità.

Data \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

F i r m a