



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 A DECORRERE DAL 01/10/2023

Indicare il nominativo del medico scelto tra: Dr. Adinolfi Aldo, Dr.ssa Albanesi Paola, Dr. Fontana Francesco, Dr. Ghirlandi Ugo, Dr.ssa Mazza Giovanna, Dr. Nedelcu Florin Cornel, Dr.ssa Ziletti Giulia e Dr. Zucchi 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 \_\_\_\_\_