

# RICHIESTA CAMBIO MEDICO

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_, NATO

A \_\_\_\_\_, IL \_\_\_\_\_, RESIDENTE A \_\_\_\_\_,

VIA \_\_\_\_\_, CHIEDE L'ASSEGNAZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA,

DOTT. \_\_\_\_\_

PER SÉ STESSO

PER I PROPRI FAMILIARI \_\_\_\_\_

PER ALTRI (DELEGA) \_\_\_\_\_

CATANIA,

FIRMA

\_\_\_\_\_

N. di telefono \_\_\_\_\_

E MAIL \_\_\_\_\_

## ALLEGA IN FOTOCOPIA:

- IL DOCUMENTO PERSONALE (CON EVENTUALE PERMESSO DI SOGGIORNO)
- IL DOCUMENTO DEI FAMILIARI MAGGIORENNI
- EVENTUALE DELEGA CON DOCUMENTO DEL DELEGANTE