

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