



**DOMANDA DI SCELTA
MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

Il sottoscritto _____ nato il _____

Codice fiscale _____ residenza anagrafica/domicilio Garlate

Via/corso _____ n. civico _____

CHIEDE

- Per se stesso
- Per se stesso e i familiari qui di seguito elencati
- Per i familiari qui di seguito elencati:

(cognome – nome – data di nascita – rapporto di parentela.)

(cognome – nome – data di nascita – rapporto di parentela.)

(cognome – nome – data di nascita – rapporto di parentela.)

(cognome – nome – data di nascita – rapporto di parentela.)

(cognome – nome – data di nascita – rapporto di parentela.)

l'autorizzazione ad avvalersi dell'opera del Dr. _____

Data _____

Firma _____

Si prega di fornire numero telefonico per eventuali contatti in merito al perfezionamento della scelta

N telefono _____

Allega copia del documento di identità o altro elemento equipollente (timbro addetto comunale) per la verifica dell'identità