

## MODELLO SCELTA MEDICO

Il/la sottoscritt... ..... nat... il.....

a.....prov. ...., e residente a..... prov.....

via/piazza.....n. .... cap.....

codice fiscale .....

documento d'identità n. ....

rilasciato da.....il .....

### CHIEDE

di effettuare la scelta del Dott. ....

Data .....

Firma .....

Allega: - Copia della tessera sanitaria  
- Copia del documento di riconoscimento