

AL DIRETTORE DEL DISTRETTO
AZIENDA ULSS N. 4 "Veneto Orientale"
PIAZZA DE GASPERI, 5
30027 SAN DONA' DI PIAVE VE

DOMANDA DI ISCRIZIONE/CAMBIO MEDICO/PEDIATRA PER CITTADINI RESIDENTI O ASSISTITI IN UNO DEI COMUNI DELL'AZIENDA ULSS N. 4

Il/La sottoscritto/a

nato/a a il

residente a

in via n.

recapito telefonico **(OBBLIGATORIO)**

e-mail

**CODICE FISCALE
(OBBLIGATORIO)**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

il seguente medico

o, in alternativa, (indicare una seconda scelta)

per il seguente motivo:

.....

per sé e/o per i componenti del suo nucleo familiare:

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE (OBBLIGATORIO)

DATA FIRMA

ALLEGATI: COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL RICHIEDENTE

La richiesta può essere trasmessa anche tramite posta unitamente alla fotocopia del documento di identità del richiedente (art. 38 DPR 445/2000).

SPAZIO RISERVATO ALLO SPORTELLO DI ANAGRAFE

OPERAZIONE DI SCELTA EFFETTUATA IL

CONTATTO TELEFONICO CON L'ASSISTITO PER COMUNICARE

.....

.....

L'ADDETTO DI ANAGRAFE

.....