



RICHIESTA D' ISCRIZIONE AL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

Io sottoscritto : Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n° _____

Codice fiscale _____

Recapito telefonico _____

dichiara di voler scegliere

il Dr. / la Dr.ssa _____ quale mio medico
curante.

In fede _____

Luogo, _____

Data, _____ ora _____