

CAMBIO MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Io sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
cod. fisc. _____ residente a _____
in via _____ n. _____ tel. n. _____

DICHIARO

di voler scegliere il seguente medico come curante (Indicare tre nominativi in ordine di preferenza).

1. Dr./Dr.ssa _____
2. Dr./Dr.ssa _____
3. Dr./Dr.ssa _____

Allego, a tal fine, copia del mio documento di riconoscimento e della tessera sanitaria.

_____ li _____ firma _____

Parte da compilare solo per la scelta a favore di soggetto minore di età

Io sottoscritto (padre) _____ nato a _____
il _____ residente a _____ in via _____
n. _____ tel. n. _____ cod. fisc. _____

Io sottoscritta (madre) _____ nata a _____
il _____ residente a _____ in via _____
n. _____ tel. n. _____ cod. fisc. _____

Oppure

Io sottoscritto (tutore) _____ nato a _____
il _____ residente a _____ in via _____
n. _____ tel. n. _____ cod. fisc. _____

del/dei minore/i _____

DICHIARANO

di voler scegliere come medico del minore sopra indicato (Indicare tre nominativi in ordine di preferenza):

1. Dr./Dr.ssa _____
2. Dr./Dr.ssa _____
3. Dr./Dr.ssa _____

_____ li _____
firma del padre _____
firma della madre _____
firma del tutore _____

Allegano, a tal fine, copia dei documenti di riconoscimento di entrambi i genitori o del tutore e tessera sanitaria del minore.

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova

Strada Lago Paolino 10 – 46100 Mantova | www.asst-mantova.it
Centralino 0376 2011 | Codice Fiscale e Partita Iva 02481840201