

Al Distretto Sanitario di Ribera

Ufficio anagrafe assistiti

Mail: dsribera.medicinadibase.ribera@aspag.it

Il /la Sottoscritt _____ nat_ a _____
il _____ residente a _____
in via _____
Codice fiscale: _____ E-mail _____
N.Cellulare _____

DICHIARA DI

(Barrare la voce che interessa)

☐ **SCEGLIERE:** (indicare almeno 3 medici in ordine di preferenza)
per sè e/o per i componenti il proprio nucleo familiare (SE MINORENNE)

1) Dott. _____ 2) Dott. _____ 3) Dott. _____

☐ **REVOCARE:** ☐ [per cambio di domicilio ☐ per cambio di residenza

il Dott. _____

Cognome e Nome	Codice Fiscale	Grado Parentela	Medico Scelto/Revoca

() Consenso al trattamento dei dati personali (art.7 Reg. UE n.679/2016 e D.Lgs. n. 101/20218)

Luogo _____ Data _____

Firma _____

Si allega documento di riconoscimento: Carta d'Identità

Rilasciato da _____ il _____ Scadenza _____

L'IMPIEGATO ASP /