

Al Direttore Distretto Sanitario di Base di Agrigento
SEDE

COMUNICAZIONE VARIAZIONE INDIRIZZO DI RESIDENZA

Il Sottoscritto Dr. _____ nato il _____,

nella qualità di _____ C.R. _____ ,

comunica che a far data dal _____ il proprio indirizzo di residenza è

il seguente:

Via _____ n. _____ Comune _____

Si allega:

Certificato di residenza

Autocertificazione corredata da valido documento di identità.

Agrigento, lì _____

TIMBRO e FIRMA