

Scelta Medico di famiglia

Il/la sottoscritto/a : _____

Nato/a in data: _____

Comune di nascita: _____

Codice fiscale: _____

Residente a: _____

Via /P.zza: _____ n° _____

Dichiara di scegliere il DR. _____ Codice _____

Data _____

- firma cittadino -

- firma operatore del Comune -