



**REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA LOCALE "VC"
DISTRETTO**

Scelta Medico di Medicina Generale

Il/La sottoscritto/a: _____

Nato/a il ____/____/____ a _____ Prov: _____

Codice fiscale _____ Telefono _____

Residente a: _____ in _____ n° _____

dichiara di scegliere come Medico di Medicina Generale

1° scelta dr/dr.ssa _____

OPPURE

2° scelta dr/dr.ssa _____

OPPURE

3° scelta dr/dr.ssa _____

per sé e per i seguenti familiari:

	cognome	nome	data di nascita	codice fiscale
1)	_____	_____	_____	_____
2)	_____	_____	_____	_____
3)	_____	_____	_____	_____
4)	_____	_____	_____	_____

Allegare copia dei documenti di identità e delle Tessere Sanitarie

Data: _____

Firma Assistito
