

SCelta/REVOCA MEDICO di MEDICINA GENERALE (MMG) O PEDIATRA di LIBERA SCELTA (PLS)

Io sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

e residente a _____ in via _____

Telefono _____

CHIEDE

SCelta Medico di Medicina Generale (MMG)
per mio figlio Cognome nome _____
data di nascita _____

SCelta Pediatra di Libera Scelta (PLS) o Medico di Medicina Generale (MMG)
del distretto sanitario, previa consultazione dell'elenco dei Medici di Medicina Generale o dei Pediatri
di Libera Scelta convenzionati con l'Azienda Sanitaria.

REVOCA del Medico di Medicina Generale (MMG) /Pediatra di Libera Scelta (PLS)
Dr. _____

Con la presente il/la sottoscritto/a libera l'azienda da qualsiasi responsabilità al riguardo

Luogo e Data _____

Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 del D.Lgs. 196/2003

I dati riportati nella presente dichiarazione verranno utilizzati dall'ASUIUD solo con riferimento al procedimento per il quale la dichiarazione è stata rilasciata

Il presente modulo deve essere consegnato presso gli Uffici Anagrafe Sanitaria del Distretto sanitario di appartenenza