



Il sottoscritto/o _____ nato/a a _____
 il _____ in qualità di _____ (indicare il grado di
 parentela) residente a _____
 in via _____ tel _____

CHIEDE DI SCEGLIERE IL

(indicare i nominativi di 6 medici in ordine di preferenza)

1. dr./dr.ssa _____
2. dr./dr.ssa _____
3. dr./dr.ssa _____
4. dr./dr.ssa _____
5. dr./dr.ssa _____
6. dr./dr.ssa _____

Per le seguenti persone:

N.	COGNOME E NOME	DATA NASCITA	TESSERA SANITARIA	INDIRIZZO DI RESIDENZA
1				
2				
3				
3				
4				
5				

DATA _____

Da trasmettere per mail a sceltamedico@asst-spedalivicili.it
 o tramite fax al n. 030 3333649.