AL DIRETTORE DEL DISTRETTO
AZIENDA ULSS N. 4 "Veneto Orientale"
PIAZZA DE GASPERI, 5
30027 SAN DONA' DI PIAVE VE

DOMANDA DI ISCRIZIONE/CAMBIO MEDICO/PEDIATRA PER CITTADINI RESIDENTI O ASSISTITI IN UNO DEI COMUNI DELL'AZIENDA ULSS N. 4

Il/La sottoscritto/a .....

nato/a a ..... il .....

residente a .....

in via ..... n. .....

recapito telefonico ..... **(OBBLIGATORIO)**

e-mail .....

CODICE FISCALE **(OBBLIGATORIO)**

il seguente medico .....

o, in alternativa, (indicare una seconda scelta) .....

per il seguente motivo: .....

.....

per sé e/o per i componenti del suo nucleo familiare:

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE (OBBLIGATORIO)

DATA ..... FIRMA .....

ALLEGATI: <u>COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL RICHIEDENTE</u>
La richiesta può essere trasmessa anche tramite posta unitamente alla fotocopia del documento di identità del richiedente (art. 38 DPR 445/2000).

SPAZIO RISERVATO ALLO SPORTELLO DI ANAGRAFE

☐ **OPERAZIONE DI SCELTA EFFETTUATA IL .....**

☐ **CONTATTO TELEFONICO CON L'ASSISTITO PER COMUNICARE**

.....

.....

L'ADDETTO DI ANAGRAFE

.....