



RICHIESTA D'ISCRIZIONE AL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

Io sottoscritto: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Dichiaro di voler scegliere

il Dr. / la Dr.ssa \_\_\_\_\_ quale mio medico curante.  
**(nel caso il Medico scelto non abbia posto verrà contattato)**

Data \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_

**ALLEGO COPIA DEL MIO DOCUMENTO D'IDENTITA'**

Da compilare a cura dell'operatore

Data e ora di ricevimento della richiesta \_\_\_\_\_