



Oggetto: Scelta del Medico di Assistenza Primaria.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ residente a _____

in via _____ n° ____ Telefono _____

Codice Fiscale _____

C h i e d e

- per se stesso
- per se stesso e per il/i familiare/i qui di seguito elencato/i che ha/hanno delegato il/ la sottoscritto/a
- per il/i familiare/i qui di seguito elencato/i che ha/hanno delegato il/ la sottoscritto/a

Cognome e Nome	Data di nascita	Codice fiscale

Di avvalersi dell'opera professionale del Dr./Dr.ssa:

1° scelta _____

In alternativa (qualora il Medico individuato nella 1° scelta raggiunga il massimale e di conseguenza non abbia posti disponibili)

2° scelta _____

Ai sensi del regolamento UE 679/2016 autorizzo l'ASST SETTE LAGHI al trattamento dei dati personali

Data, _____

Firma _____

**ALLEGARE UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO
DEL RICHIEDENTE E DEI FAMILIARI**

email: sceltarevoca.luino@asst-settelaghi.it