



Email: distrettosan.nicosia@asp.enna.it

ISTANZA DI SCELTA E/O REVOCA

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente in Via _____ CAP _____

Città _____ Prov. _____

Codice fiscale _____

DICHIARA DI

SCEGLIERE Il Dott. _____

REVOCARE Il Dott. _____

per sé e/o i componenti del proprio nucleo familiare

cognome e nome	codice fiscale	grado di parentela	medico scelto

Si allega:

- Copia Documento di Riconoscimento
- Copia Tessera Sanitaria
- Modello Privacy da compilare e firmare.

Luogo e data _____

(firma)