



All'Ufficio Scelta/Revoca
del Distretto n. _____
dell'Azienda Usl della Regione Valle d'Aosta

fax n . _____

DA UTILIZZARE PER I SOLI ASSISTITI CON
RESIDENZA CERTIFICATA IN UNO DEI COMUNI
DELLA REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA

SCelta DEL MEDICO DI FAMIGLIA

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____
in Via/Fraz. _____
n. del documento d'identità allegato _____
codice fiscale _____

CHIEDE

- di poter **REVOCARE** il Medico di Famiglia operante **nell'ambito territoriale di residenza**
Dott. _____
- di poter **SCEGLIERE** il Medico di Famiglia operante **nell'ambito territoriale di residenza**
Dott. _____

DICHIARA

- di essere reperibile al numero tel./cell. _____
- di seguito il proprio domicilio per l'invio del tesserino sanitario individuale (SSR)

data _____

FIRMA
