

Al Distretto socio-sanitario n. _____

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ Residente a _____ in Via
_____ n. _____ Telefono _____
mail _____ codice fiscale _____

in qualità di

- padre / madre (sottolineare la voce di interesse)
 Amministratore di Sostegno / Curatore / Tutore (sottolineare la voce di interesse)

del minore _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ in Via
_____ n. _____ codice fiscale _____

CHIEDE LA REVOCA

Del Pediatra di libera scelta Dottor _____

Per il seguente motivo _____

CHIEDE L'ISCRIZIONE

Con il Dottor _____ oppure nel caso non ci fossero posti
disponibili con il Dottor _____, salvo impedimento segnalato
dall'ufficio distrettuale di Asl competente.

Si allega fotocopia di documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale.

Cordiali saluti.

IN FEDE
