

DOMANDA DI CAMBIO MEDICO

(SI PREGA DI COMPILARE IN STAMPATELLO)

Il/la sottoscritto/a

nato/a il | | | | | | | | | | a _____ Prov-

| | |

residente a _____

in via _____ n.

| | | | | | | |

RECAPITO TELEFONICO (OBBLIGATORIO) | | | | | | | | | | | | | | | |

e-mail _____ Tel/Cell.

| | | | | | | | | | | |

CODICE FISCALE (OBBLIGATORIO) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SCEGLIE IL SEGUENTE MEDICO

1: _____

—

o, in alternativa,

2: _____

3: _____

per sé

per i componenti del suo nucleo familiare:

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE (campo obbligatorio)

Data | | | | | | | | | |

Firma _____

ALLEGATI: COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL RICHIEDENTE

La richiesta può essere consegnata alla sede distrettuale di competenza, oppure per velocizzare il processo può essere trasmesso tramite posta elettronica, unitamente alla copia o foto di un suo documento di identità (art. 38 DPR 445/2000), al seguente indirizzo: cambio.medico@aulss7.veneto.it, o ancora trasmesso tramite posta oppure tramite fax al numero 0424/885223 allegando sempre la fotocopia del documento di identità del richiedente (art. 38 DPR 445/2000).