

CAMBIO PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

Io sottoscritto (padre) _____
nato a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n. _____
tel. n. _____ cod. fisc. _____

Io sottoscritta (madre) _____
nato a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n. _____
tel. n. _____ cod. fisc. _____

Oppure

Io sottoscritto (tutore) _____
nato a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n. _____
tel. n. _____ cod. fisc. _____

del/dei minore/i _____

DICHIARO/DICHIARANO

di voler scegliere come medico curante del minore sopra indicato (indicare tre nominativi in ordine di preferenza):

1. Dr./Dr.ssa _____
2. Dr./Dr.ssa _____
3. Dr./Dr.ssa _____

_____ lì _____

firma del padre _____

firma della madre _____

firma del tutore _____

Allegano, a tal fine, copia dei documenti di riconoscimento di entrambi i genitori o del tutore e tessera sanitaria del minore

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova

Strada Lago Paolino 10 – 46100 Mantova | www.asst-mantova.it
Centralino 0376 2011 | Codice Fiscale e Partita Iva 02481840201

