

**ALL'UFFICIO ANAGRAFE ASSISTITI DECENTRATA
DEL COMUNE DI - CALATABIANO -**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ (____)
il _____ e residente a _____ (____) in
Via _____ N. _____,
Cod.fiscale: _____;

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO: CARTA D'IDENTITA'/PASSAPORTO/PATENTE DI GUIDA
N. _____, rilasciato dal/dalla _____
di _____ in data _____;

DICHIARA

* di revocare il Dr. _____ e di scegliere come medico di fiducia,
per se stessa ed/o i propri familiari: _____

_____ il Dr. _____;

* Allega tessera sanitaria (medico scelto) N. _____
del _____ rilasciata da _____

oppure

* di aver smarrito, in data e luoghi imprecisati, la tessera sanitaria (medico scelto) rilasciata
da _____

DELEGA

ad effettuare tale scelta Il/La Sig./ra _____ nato/a
a _____ (____) il _____ e residente
a _____ (____) in Via _____ N. _____,
Cod.fiscale: _____;

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO: CARTA D'IDENTITA'/PASSAPORTO/PATENTE DI GUIDA
N. _____, rilasciata/o dal/dalla _____
di _____ in data _____.

Firma

* Allega copia del documento di riconoscimento.