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 RICONOSCI	MENTO:CARTA D'	IDENTITA'/PASS	APORTO/PATENTE	DI GUIDA
N	, rilasciato da	l/dalla		
di	in data _	100000000000000000000000000000000000000	;	4 .
DICHIARA				
* di revocare il Dr	A and analysis of these sources of a contract of the contract	e di scegl	iere come medico	di fiducia,
per se stessa ed/o i propri far	niliari:	e constituente de constituente de constituente de constituente de constituente de constituente de constituente		1
il Dr		• •		
* Allega tessera sanitaria (m	edico scelto) N			(Marie Marie)
delrilasciata				
oppure				
* di aver smarrito, in data e	luoghi imprecisati,	la tessera sanit	aria (medico scelto)) rilasciata
da				
	DELI	EGA	æ e	H
ad effettuare tale scelta Il/La	Sig./ra	*[* -	2	nato/a
a	(il	e	residente
a				
Cod.fiscale:				
DOCUMENTO DI RICONOSCI			SAPORTO/PATENTE	DI GUIDA
N	, rilasciata/o	o dal/dalla		
di	in data	•		
			Firma	
		CMCEASO-ACCAMING	d distribution and the second second	
				2

^{*} Allega copia del documento di riconoscimento.