

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE BASILICATA
ASM - AZIENDA SANITARIA MATERA (DISTRETTO DI TRICARICO)
SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA

DICHIARAZIONE DI SCELTA O REVOCA DEL MEDICO

Cognome _____ Nome _____ nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Prov. () Via _____

Domiciliato a _____ Via _____ Note _____

D I C H I A R A. I. 560818

DI scegliere IL Dr. _____ e di revocare il DOTT. _____

| COGNOME NOME | Data di nascita | LUOGO | Parentela | MEDICO SCELTO | MEDICO REVOCATO |
|--------------|-----------------|-------|-----------|---------------|-----------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

DATA _____

Firma dell'operatore _____

Firma dell'Assistito _____