

Spett.le
DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 9
U.O. CURE PRIMARIE E CRONICITA'

RICHIESTA PER CAMBIO PEDIATRA

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ in via _____

Tel./Cell. _____

Iscritto/a negli elenchi assistiti della ATS di _____

CHIEDE

L'ISCRIZIONE AL/ALLA DR/D.SSA _____

Per il/la figlio/a _____

nato/a a _____ il _____

Allego fotocopia del mio documento d'identità.

Documento Identità _____ n. _____

rilasciato da _____ il _____

Allego la fotocopia della tessera sanitaria del/della figlio/a.

Data _____

firma _____

Dichiaro di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'art. 13 del GDPR n. 679/2016.

firma _____