

Il sottoscritto _____ nato il _____
residente in _____ via _____ n. _____
codice fiscale _____ telefono _____
e-mail _____

CHIEDE

- per sé stesso
- per sé stesso e i familiari di seguito elencati:

cognome nome	data nascita	codice fiscale	parentela

di essere iscritto al Dr. _____ Medico di Assistenza Primaria scelto.

_____ **data**

_____ **firma**

Allegare copia della carta di identità