



ASL Sulcis Iglesiente

Azienda socio-sanitaria locale n. 7

DISTRETTO CARBONIA

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

telefono _____ C.F. _____

CHIEDE

Di poter effettuare la scelta

Di mantenere la scelta

Per se e per i sotto indicati componenti il nucleo familiare

_____ nato a _____ il _____ grado di parentela _____

_____ nato a _____ il _____ grado di parentela _____

_____ nato a _____ il _____ grado di parentela _____

_____ nato a _____ il _____ grado di parentela _____

in favore del Dottor _____

Operante nell'ambito territoriale di _____

Firma e timbro del medico per accettazione

Carbonia, li _____

Firma
