

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

## **RICHIESTA PER CAMBIO MEDICO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Tel./Cell. \_\_\_\_\_

In qualità di assistito del Dr. Olivetti Bernardo che ha cessato l'attività di Medico di Medicina Generale

### **CHIEDO**

All'ufficio Scelta/Revoca di Leno di effettuare l'iscrizione al Medico di Medicina Generale Dr. Garofalo Luigi per me e per i sottoelencati familiari:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

5) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**N.B. Allegare copia del documento di riconoscimento di tutti i richiedenti.**