



COMUNE DI GIARDINI NAXOS

OGGETTO: Modello di scelta e revoca Medico di Base

Il/la sottoscritt_ _____ codice fiscale
_____ nat_ a _____
il _____ residente a GIARDINI NAXOS in via _____ n. _____
telefono _____

D I C H I A R A

di scegliere con decorrenza immediata il medico di base: _____

e di revocare con decorrenza immediata il medico di base: _____

Autorizzo al trattamento dei propri dati.

Data e firma