



MOD.A

ISTANZA DI SCELTA E/O REVOCA

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente in Via _____ CAP _____

Città _____ Prov. _____

Codice fiscale _____

DICHIARA DI

SCEGLIERE Il Dott. _____

REVOCARRE Il Dott. _____

per sé e/o i componenti del proprio nucleo familiare

cognome e nome	codice fiscale	grado di parentela	medico scelto

Data _____

Firma.....