AL DISTRETTO 1
AZIENDA ULSS7 PEDEMONTANA
36061 BASSANO DEL GRAPPA VI

DOMANDA DI CAMBIO MEDICO

(SI PREGA DI COMPILARE IN STAMPATELLO)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il |__|__| |__|__| |__|__|__|__| a_____ Prov- |__|__|

residente a _____

in via _____n. |__|__|__|__|__|__|

RECAPITO TELEFONICO (OBBLIGATORIO) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

e-mail_____ Tel/Cell. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__||__|

CODICE FISCALE (OBBLIGATORIO) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

SCEGLIE IL SEGUENTE MEDICO

1:_____

o, in alternativa,

2:_____

3. _____

☐ **per sé** ☐ **per i componenti del suo nucleo familiare**:

COGNOME E NOME	**DATA DI NASCITA**	**CODICE FISCALE** *(campo obbligatorio)*

Data |__|__| |__|__| |__|__|__|__| Firma _____

ALLEGATI: COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL RICHIEDENTE

La richiesta può essere consegnata alla sede distrettuale di competenza, oppure per velocizzare il processo può essere trasmesso tramite posta elettronica, unitamene alla copia o foto di un suo documento di identità (art. 38 DPR 445/2000), al seguente indirizzo: anagrafebassano@aulss7.veneto.it, o ancora trasmesso tramite posta oppure tramite fax al numero 0424/885223 allegando sempre la fotocopia del documento di identità del richiedente (art. 38 DPR 445