

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- per sé stesso
- per sé stesso e i familiari di seguito elencati:

cognome nome	data nascita	codice fiscale	parentela

di essere iscritto al Dr. \_\_\_\_\_ Medico di Assistenza Primaria scelto.

\_\_\_\_\_ **data**

\_\_\_\_\_ **firma**

**Allegare copia della carta di identità**