

Ufficio Scelta e Revoca
Rif.pratica A.Piras
Tel. 0785 – 560303

Al Direttore Generale
Asl 05 Oristano

Oggetto: Scelta del Medico

indirizzo email _____

Tel. N° _____

Medico Scelto _____

Medico Revocato _____

Comune di residenza _____ Via _____

Comune di domicilio _____ Via _____

COGNOME E NOME	Data di Nascita	Luogo di Nascita	Codice Fiscale

Di autorizzare, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

Data _____

firma
