

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

\_\_\_\_\_