

**DOMANDA DI ISCRIZIONE/CAMBIO MEDICO/PEDIATRA PER CITTADINI ITALIANI E STRANIERI
RESIDENTI IN UNO DEI COMUNI DELL'AZIENDA ULSS N. 7
(SI PREGA DI COMPILARE IN STAMPATELLO)**

Il sottoscritto _____

nato il _____ a _____

residente a _____

in via _____ n. _____

recapito telefonico _____ (OBBLIGATORIO)

e-mail _____

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

SCEGLIE

il seguente medico _____

o, in alternativa, (indicare una seconda scelta) _____

per sé

per i componenti del suo nucleo familiare:

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE (OBBLIGATORIO)

data _____ firma _____

ALLEGATI: COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL RICHIEDENTE

La richiesta può essere trasmessa **tramite posta** oppure **a mezzo fax** al numero **0424 885153** oppure online all'indirizzo anagrafebassano@aulss7.veneto.it, allegando sempre la fotocopia del documento di identità del richiedente (art. 38 DPR 445/2000).