



Azienda Sanitaria Provinciale Messina

Via Giuseppe La Farina, 263/n
98123 Messina – P.IVA: 03051870834

Modello per la scelta, cambio e revoca del Medico di Medicina Generale e Pediatra

Il/La sottoscritto/a

cognome

nome

nato a

il

residente in

via

Codice Fiscale

Telefono

RICHIEDE

(Autodichiarazione ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000)

per sé solo per sé e per i propri familiari sottoelencati per i suoi familiari sottoelencati

Compilare la tabella nel caso la richiesta comprende oltre il richiedente anche i familiari:

Cognome e Nome	Data di Nascita	Codice Fiscale	Grado di parentela
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Selezionare il servizio interessato:

1 L'iscrizione al SSN presso l' ASP di Messina con il Medico Dr.

2 L'iscrizione al SSN presso l' ASP di Messina con il Pediatra Dr.

3 Il cambio del Medico dal Dr. al Dr.

4 Il cambio Pediatra dal Dr. al Dr.

5 La cancellazione dal Dr.

5.a temporanea in quanto domiciliato nel Comune di:

5.b definitiva in quanto residente nel Comune di:

Luogo e Data

Firma _____