



UOS Servizi di Assistenza Sanitaria Protesica  
Territoriale Casalmaggiore  
Piazza Garibaldi, 3

**Scelta del medico di famiglia**

**Il/la sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

**Nato/a in data** \_\_\_\_\_

**Comune di nascita** \_\_\_\_\_

**Codice fiscale** \_\_\_\_\_

**Residente a** \_\_\_\_\_

**Via/piazza** \_\_\_\_\_

**Cellulare** \_\_\_\_\_

**Dichiara di scegliere il Dr.** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_