



Alla ASST di Pavia

OGGETTO: scelta Medico di Medicina Generale

Data ..... / ..... / .....

Luogo .....

Il/La sottoscritto/a .....

Nato/a a ..... il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Documento di identità n.....data di rilascio.....

Rilasciato da .....

residente nel comune di .....

via .....n. ....

recapito telefonico .....

Chiede di effettuare la scelta del Dr./Dr.ssa ..... per se' e per i seguenti familiari:

\_\_\_\_\_  
(cognome e nome) (data di nascita) (rapporto di parentela)

\_\_\_\_\_  
(cognome e nome) (data di nascita) (rapporto di parentela)

\_\_\_\_\_  
(cognome e nome) (data di nascita) (rapporto di parentela)

\_\_\_\_\_  
(cognome e nome) (data di nascita) (rapporto di parentela)

\_\_\_\_\_  
(cognome e nome) (data di nascita) (rapporto di parentela)

Dichiara di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, nell'ambito del procedimento e degli adempimenti conseguenti per il quale la presente dichiarazione viene resa.

FIRMA

.....