

**Al Distretto socio-sanitario n. \_\_\_\_\_**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ in Via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
mail \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

OPPURE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ in qualità di  
Amministratore di Sostegno / Curatore / Tutore (sottolineare la voce di interesse) del/la Sig./ra  
\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE LA REVOCA**

Del Medico di Medicina Generale Dottor \_\_\_\_\_

Per il seguente motivo \_\_\_\_\_

**CHIEDE L'ISCRIZIONE**

Con il Dottor \_\_\_\_\_ oppure nel caso non ci fossero posti  
disponibili con il Dottor \_\_\_\_\_, salvo impedimento segnalato  
dall'ufficio distrettuale di Asl competente.

Si allega fotocopia di documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale.

Cordiali saluti.

IN FEDE

\_\_\_\_\_