

DOMANDA DI SCELTA MMG-PLS

Il/la sottoscritto/a
nato/a il
residente a CAP..... via..... n.
tel fax
e-mail

Fa domanda per se

Fa domanda per i familiari sotto indicati (indicare: Cognome, nome, codice regionale o data di nascita)

.....
.....

per **essere iscritto** negli elenchi del Dott. operante nel Comune di
.....,

La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e inviata insieme a copia di un documento di identità in corso di validità, al fax 0298115650

Informativa resa dall'interessato per il trattamento dei dati personali

Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data Firma per esteso