

Codice fiscale										Riservato all'Ufficio
										Cod. variazione
										111 121 888 777 888
Cognome e nome					Data di nascita					333 444 555 999
Residente Fraz. prov.										Codice Comune
Domicilio via n.										Codice Frazione
Medico revocato										Codice Medico
Medico scelto										Codice Medico
Dichiara di *avere corrisposto al Medico scelto onorari per visite *non avere eventualmente effettuate dalla data di insorgenza del diritto alla prestazione sanitaria ad oggi.										Data/...../.....
Firma dell'interessato o di chi ne fa le veci					Data					
Data/...../.....				/...../.....					

Eventuale scadenza assistenza al ____/____/____ Per motivi di:

lavoro studio malattia comunitario extracomunitario
 con contratto di lavoro con permesso di soggiorno

Trattasi di ricongiungimento familiare con il/la _____

Sig./ra _____ nato/a il ____/____/____

Documento: _____ n. _____ scad. ____/____/____

Rilasciato da: _____ il ____/____/____

*Cancellare la voce che non interessa.