

Al Responsabile dell'Area Territoriale Lariana Ovest
ASST Lariana

Oggetto: **Scelta del nuovo medico.**

Io sottoscritta/o _____ nata/o il _____

Residente a _____ via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____ E-mail _____

(tutti i campi in grassetto sono obbligatori)

preso atto che

il Dr. **Sergio Incerrano**, inizierà la propria attività di medico titolare di medicina generale, nell'ambito costituito dai Comuni di Albese con Cassano e Tavernerio, con decorrenza **dal 14 luglio 2020**,

con la presente, formalizzo la scelta del nuovo medico di medicina generale, nella persona del dr. **SERGIO INCERRANO**, unitamente ai seguenti familiari

Cognome e nome dell'assistito	Data di nascita	codice fiscale

Data _____

Firma _____