



Richiesta in deroga del Pediatra di libera scelta

l sottoscritt_ Cognome _____ Nome _____ nat_a _____

(Prov _____) il _____, residente a _____

in via/piazza _____ n° ____ domiciliat_ (se diverso dalla
residenza) _____ (Prov _____) n° ____ tel _____

CHIEDE

Persona per la quale si effettua la richiesta (indicare luogo e data di nascita e rapporto di parentela del richiedente)

Motivo della richiesta (indicare il motivo della richiesta)

Durata della richiesta

Allegare alla richiesta la fotocopia del documento di identità in corso di validità

Si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Generale Europeo n. 2016/679.

Data

Firma del richiedente
