

**MODULO RICHIESTA CAMBIO MEDICO CURANTE**

San Marino li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  in nome proprio

in nome del/i minore/i:

Cognome	Nome	Cod. ISS

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Cod. I.S.S. \_\_\_\_\_

attualmente iscritto/a nelle liste del/la Dott./ssa \_\_\_\_\_

chiedo di poter CAMBIARE MEDICO per i seguenti motivi:

Cambio residenza       Ricongiungimento familiare

Motivi personali \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

e di poter usufruire delle prestazioni del/la Dott./ssa \_\_\_\_\_

per tutto quanto compete l'assistenza medica di base.

In fede \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico per accettazione