

Distretto Sanitario di Ghilarza – Bosa

Ufficio Scelta e Revoca
Rif.pratica A.Piras
Tel. 0785 – 560337
Email: a.piras.7@atssardegna.it

Al Direttore Generale
Asl 05 Oristano

Oggetto: Scelta del Medico

indirizzo email _____

Tel. N° _____

Medico Scelto _____

Medico Revocato _____

Comune di residenza _____

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	Codice Fiscale	Indirizzo residenza

Dichiaro di autorizzare, ai sensi e per gli effetti del D.Leg. 196/2003 , il trattamento dei dati personali e sensibili contenuti nella presente dichiarazione.

Ghilarza li _____

firma
