

I_/I_ sottoscritt_ nato a il residente a
iscritto presso codesta Unità Sanitaria,

CHIEDE

la cancellazione dagli elenchi dell'anagrafe sanitaria in quanto dal é domiciliato a
per motivi di unitamente ai sottoelencati familiari:

..... nato a il
..... nato a il
..... nato a il
..... nato a il

firma

.....

DATA _____ li, _____

Si chiede la restituzione dell'allegato B da inoltrare a :

Sig..... Comune di Via

=====

Allegato B _____ AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
di

Si dichiara che in data si é provveduto a revocare il medico di fiducia del Sig.
..... e dei familiari
.....

residenti anagraficamente nel territorio di questa U.L.S.S.

Data

Timbro e firma
