

RICHIESTA IN DEROGA PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

__l__ sottoscritt__ Cognome _____ Nome _____ nat__ a _____
 _____ (Prov.____), Residente a _____
 _____ (Prov.____) in Via/Piazza _____ n. _____
 Domicilio (se diverso dalla residenza) Città _____ (Prov.____)
 in Via/Piazza _____ n. _____ Tel. _____

CHIEDE

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

Cognome _____ Nome _____
 nat__ a _____ il _____
 Rapporto di parentela _____

MOTIVO DELLA RICHIESTA

Durata della richiesta _____

Allegare alla domanda fotocopia di un documento in corso di validità.

Data _____

Firma del Richiedente _____